Rok XL. Kraków, 9 Marca 1901. Nr. 10.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.**

## Nowsze metody w leczeniu zachowawczem*) spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał

Dr. Wiktor Stankiewicz,

asystent kliniki.

Rozwój szybki zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego, jako też wydoskonalenie techniki, niezaprzeczenie posunęły w ostatnich latach znacznie leczenie chirurgiczne wielu cierpień kobiecych. Wyniki natomiast pooperacyjne w pewnym rodzaju przypadków, jak w leczeniu spraw zapalnych, pozostają częstokroć w niestosunku do ciężkości przedsięwziętego zabiegu, a stopnia zmian anatomo-patologicznych i przypadów chorobowych; zwłaszcza, że uwzględnić należy cały szereg możliwych niepomyślnych następstw zabiegu. Nic też dziwnego, iż w obecnych czasach widocznym staje się coraz to więcej prąd postępowania więcej zachowawczego, w przeciwieństwie do ery chirurgicznej, zainaugurowanej w pierwszym rzędzie przez ginekologów francuskich: Lawson-Taita, Peana, Segonda etc., zwłaszcza w leczeniu cierpień zapalnych przydatków, tkanek przy- i okołomacicznych; spraw patologicznych, rzadko stosunkowo dla życia niebezpiecznych, z powodu których narażano pacyentki na operacye ciężkie i bądź co bądź niebezpieczne. Chociażby dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć statystykę doszczętnych operacyi na przydatkach, dokonanych przez rozmaitych operatorów, zebraną przez J a c o b s a (22) do roku 1894, wykazującą (na 1540) 5·7°/₀ śmiertelności przy postępowaniu chirurgicznem od strony jamy brzusznej, a 4·49°/₀ w razie operowania od pochwy. Niemniej ważną okoliczność stanowi późniejszy los chorych operowanych, w pierwszym rzędzie zdolność do pracy, rozmaicie przez różnych operatorów obliczana; w zestawieniu przez V e i t a (22) na 294 przypadków uzyskano zaledwie w 85°/₀ mniej lub więcej zupełną poprawę stanu zdrowia. Wobec tego, należy mieć zatem na oku metody leczenia zachowawczego, a każdy w tym kierunku, chociażby najdrobniejszy postęp godnym jest wyprobowania.

Myśl stosowania zabiegów mechanicznych w leczeniu spraw zapalnych narządu rodnego kobiecego nie jest nową, stanowi ona podstawę metody T h u r e - B r a n d t a, która aczkolwiek początkowo potępiona przez francuzów (15) na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu, zyskała wkrótce, podniesiona w pierwszym rzędzie przez S c h u l t z e g o uznanie naukowe, a obecnie stosowaną bywa przez większą część ginekologów. Z biegiem czasu, obok ręcznego mięsienia próbowano i innych sposobów. C h r o b a k (7) notuje korzystne wyniki, zwłaszcza przy obecności starych zrostów i blizn po zastosowaniu t. zw. mięsienia przez pociąganie (*Zugmassage*), t. j. przez stałe dłuższe, od pół do dziesięciu godzin trwające obciążenie, wykonane przez powieszenie do założonego na część pochwową kulociągu, ciężaru od jednego do półtora klgr. S ä n g e r (17) podejmując tę samą myśl, zmodyfikował tę metodę o tyle, iż poleca t. zw. mięsienie okresowe.

Podobnie i ucisk, czy to stały, czy chwilowy, znalazł swe zastosowanie, A u v a r d (1) w dwóch przypadkach *salpingo-oophoritis chronica* użył do wywarcia ucisku przez powłoki brzuszne worka, wypełnionego śrutem, od strony pochwy krążka Gariela i otrzymał wynik dodatni.

Tenże sam autor poleca często stosowaną przez amerykańskich lekarzy metodę, znaną pod nazwą „Columning,“ „columnisatio“ polegającą na okresowem szczelnem tamponowaniu pochwy. Ogłaszając wyniki, technikę i wskazania w „Centrablatt f. Gynäkol.“ Nr. 12 1898, przyznaje on sobie pierwszeństwo wprowadzenia tego sposobu leczenia do Europy.

W roku 1897 W. A. F r e u n d (9) w odczycie swym „Über Resorptionskuren“ podał na Zjeździe przyrodników w Braunszwiku sposób, „przy pomocy którego uzyskał bardzo korzystne wyniki w leczeniu spraw zapalnych przy- i okołomacicznych — trudno odprowadzić się dających tyłopochyleń macicy, w przypadkach wrodzonego lub też nabytego zwężenia pochwy.“ Metoda ta polega na wywarciu dłużej lub krócej trwającego ucisku tak od strony powłok brzusznych, jako też i od pochwy, przy użyciu od zewnątrz worka ze śrutem, od wewnątrz kondomu, wypełnionego tymże samym materyałem.

Zasada powyższa zaczerpnięta z chirurgii zachowawczej, na podstawie dość licznych spostrzeżeń korzystnego nieraz wpływu obciążenia, n. p. w przypadkach uwięźnięcia sieci w worku przepuklinowym.

Uzyskane w dalszym ciągu przy tymże sposobie leczenia wyniki ogłosił F u n k e (10), podając zarazem technikę, określając wskazania i sposób działania. Przed tą pracą pojawiła się publikacya P i n k u s a (14), w której autor, obok ucisku od zewnątrz i od wewnątrz, nietylko w okresie przewlekłego, podostrego, lecz także i ostrego zapalenia, w metodzie swej, zwanej „Belastungslagerung“, stosuje zawsze równie pochyłą, którą z łatwością urządzić można, ułożywszy pacyentkę na łóżku, podniesionem na jednym końcu co najwyżej do kąta 30°, przez podłożenie odpowiednich klocków, lub, co łatwiej, zwyczajnych cegieł. Na owo ułożenie kładzie

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 20 listopada 1900.

on główny nacisk i to bardzo słusznie, gdyż w ten sposób wytwarza się korzystne warunki w krążeniu w zakresie narządów jamy brzusznej, co wpływa na szybsze wessanie produktów zapalnych.

W tem też powyższy autor dopatruje się głównie działania leczniczego, w przeciwieństwie do Freunda, który tak wielką wagę kładzie na użycie trwałego obciążenia. Halban (11) z kliniki Schauty ostatnimi czasy poleca użycie kolpeuryntra, który wypełnia się rtęcią, podnosząc łatwośc w jego zastósowaniu, jako też możność wywarcia większego ucisku, z powodu wyższego ciężaru gatunkowego rtęci w porównaniu ze śrutem.

Powszechnie i ogólnie znane i tak często w najrozmaitszego rodzaju cierpieniach kobiecych stosowane gorące wystrzykiwania pochwy, o których dodatnim wpływie leczniczym obok Kiwischa, Emmeta wspominają Pozzi (16). Rosthorn (23), a głównie w swojej szczegółowej publikacyi Bertram (4), zaleca w bieżącym roku Stratz (18) nawet w okresie ostrym zapalenia; kombinuje je z użyciem równocześnie gorących okładów na brzuch, posmarowany maścią z ichthyolu i lanoliny *aa*. Zupełnie słusznie zaznacza ten autor, że wynik w pierwszym rzędzie zależy od systematycznego, pod okiem samego lekarza przeprowadzonego leczenia; idzie tu bowiem o przepuszczenie mniej więcej dziennie do 4 litrów wody o ciepłocie 48°—50° C. Przy stosowaniu wody o wyższej ciepłocie postępować należy ostrożnie, gdyż mimo użycia rozmaitych w tym celu wzierników ochronnych, zalecanych przez samego autora (19) Baumgärtnera (3), w dalszym ciągu przez Walzera (20) łatwo sprowadzić można poparzenia, na które pacyentka na razie, w czasie przestrzykiwań nie oddziałuje. Spostrzeżenia bowiem Calmana (6) „Nad badaniem czucia ciepłoty w częściach rodnych kobiecych“ wykazują, iż czucie ciepłoty w pochwie i na części pochwowej równa się 0.

Powyżej wspomniane metody, jużto jako takie same, już też we wzajemnej kombinacyi, znalazły dawno swe zastosowanie tak w klinice, jakoteż i w oddziele szpitalnym Prof. Jordana, w leczeniu chorych przychodnich, a zwłaszcza stałych.

Co do części technicznej, to w metodzie t. z. „Columnisatio“ postępowanie Auvarda jest następujące: po odkażeniu pochwy wlewa się we wzierniku dwulistkowym około kieliszka gliceryny, dodając łyżeczkę jodoformu lub innego środka przeciwgnilnego, poczem tamponuje się szczelnie pochwę skrawkami gazy wyjałowionej, lub też tamponami z waty, wielkości śliwki; następnie, cofając wziernik, przytrzymuje się tamponadę pincetą. Tak wytamponowana chora może oddawać się swoim zajęciom, a po 3 dniach następuje zmiana. Sposób ten w klinice o tyle uproszczony, że naprzód używamy jedynie wzierników rurkowatych, w zastosowaniu wygodniejszych i dla chorych mniej przykrych; w nie wlewa się około 20—30 gramów poprzednio przygotowanej w stosunku 5:200 mięszanki jodoformowej (lub gdy chora nie znosi jodoformu, mięszanki kseroformowej albo ichthyolowej).

Rozprowadziwszy przez okręcanie i równoczesne wysuwanie wziernika lek po ścianach pochwy, wziernik wysunięty do $^2/_3$ na zewnątrz, obniżamy, przyczem wylewa się nadmiar użytego leku; moment o tyle ważny, gdyż w razie zastósowania za wielkiej ilości przecieka mięszanka wśród ruchów przez tampony na części rodne zewnętrzne i sprawia kobiecie bardzo nieprzyjemne uczucie, a czasami i wyprysk. Do tamponady używamy zwykłej długiej korneangi i tamponików z waty wielkości śliwki, przewiązanych nitką, co ułatwia późniejsze ich usunięcie. Zależnie od lokalizacyi zmian tamponujemy szczelnie odpowiednie sklepienie, a cofając wziernik, wypełniamy wreszcie całą pochwę.

W przypadkach lżejszych, więcej przewlekłych, stosujemy leczenie ambulatoryjnie: w razie zaś zmian cięższych pozostawiamy chore na klinice lub oddziele, zwłaszcza gdy wskazaną jest obserwacya, wśród której dalsze leczenie może uledz modyfikacyi, czy to n. p. przez zastosowanie równocześnie ucisku od zewnątrz, lub wreszcie, gdy zachodzi potrzeba użycia obciążenia zapomocą śrutu, którego to sposobu do leczenia ambulatoryjnego zastosować nie można.

Technika tej ostatniej metody według Funkego jest następująca: na namydlony wziernik rurkowy miernej średnicy nawdziewa się sporządzony z silnej gumy kondom, który, celem większej trwałości, należy poprzednio wymoczyć w 1°/₀₀ rozczynie sublimatu; przyczem pozostawia się część końcową kondoma nieco wolną. Namydliwszy ponownie sam kondom, wprowadza się go wraz z wziernikiem do pochwy i wypełnia się śrutem Nr. 3 w ilości od 500—800 grm., wysuwając równocześnie wziernik.

Procedury tej dokonywa się przy ułożeniu chorej z lekko podniesionymi krzyżami, poczem powinna przez jakiś czas pozostawać w łóżku, gdzie się jej (po usunięciu jelit) w odpowiedniem miejscu na powłoki brzuszne zastosowuje worek z śrutem od 1—2 klg. wagi.

Ujemną stroną tej metody jest niemożność stosowania jej u chorych przychodnich, a nadto okoliczność, że dosyć często nawet przy pewnej wprawie w usuwaniu kondoma, co ma miejsce po dwóch do szesnastu godzinach, ten już po dwurazowem użyciu ulega przedarciu. Usuwanie i wydobywanie następowe śrutu przy pomocy wzierników wcale dla chorej przyjemnem nie jest [1]).

Użycie do obciążenia od strony pochwy kolpeuryntra z rtęcią, aczkolwiek w części swej technicznej bardzo proste, o tyle rzadziej u nas znajdowało swe zastosowanie, iż dosyć często, zwłaszcza wrażliwsze pacyentki uskarżały się na niemiłe uczucie, wywołane wysterczającą ze szpary sromowej rurką balonika, jak również nierzadko zdarzało się, że balonik z wielką łatwością wypadał z powodu ruchliwości rtęci, w czasie, gdy pacyentka w łóżku mocz oddawała.

Wyższości tej metody w porównaniu z powyżej opisaną trudno było się dopatrzeć, chyba gdyby zachodziła potrzeba, co znowu niezmiernie rzadko się zdarza, zastosowania obciążenia u dziewicy, jak to w jednym przypadku tyłopochylenia macicy częściowo przyrośniętej użyliśmy z dodatnim wynikiem.

Pod względem wskazań nadmienić muszę, że korzystaliśmy z tych sposobów wyłącznie w przypadkach przewlekłego i podostrego zapalenia, obserwując dokładnie chore pod względem zachowania się ciepłoty i zdolności znoszenia tamponady; metody te bowiem, aczkolwiek łagodne, mogą niekiedy przyczynić się do pogorszenia stanu chorej, jeśli stosuje się je w nieodpowiednim czasie i bez należytej kontroli.

[1]) Początkowo używaliśmy kondomów z fabryki, polecone przez Funkego: Streissguth-Strassburg tuzin 2.50 mk., obecnie wytrzymalszych dostarcza apteka Hellera w Krakowie.

Ogółem zaznaczyć musimy, iż pacyentki pod względem funkcyi pęcherza i kiszki stolcowej nie zwykle rzadko skarżyły się na jakieś przypady po zastosowaniu tomponady.

(C. d. n.)

## II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

# *Siderosis bulbi.*

**Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.**

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Dokończenie).

*Przypadek IV.* Anna P., l. 55 z Bohatkowic, powiatu podhajeckiego, zgłosiła się do kliniki z powodu znacznych bólów głowy i oka (N. 130 k. 1899). Wywiady wykazują, że przed dwoma miesiącami operowano ją na zaćmę.

Stan obecny: Przy dotyku gałki lekki ból rzęskowy. Gałka wielkości prawidłowej. Nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe — mierne. Rogówka nie przedstawia zmian. Przednia komora wypełniona krwią, poza którą dalszych szczegółów nie widać. V l. o. = O. Rozpoznanie *Uveitis dolorosa post extractionem cataractae, Amaurosis oc. sin.* Skoro bóle głowy i oka nie ustępowały, wykonano 7 lipca 1899 wyłuszczenie gałki lewej.

Badanie anatomiczne. Formalina 10% 24 g. Alkohol. Celuloidyna. Skrawki barwione hematoksyliną. Na przekroju pionowym przez środek gałki widzimy: rogówka nie przedstawia zmian. Przednia komórka głęboka, wypełniona czerwonemi ciałkami krwi, gęsto koło siebie ułożonemi, wśród nich gdzieniegdzie nitki włóknika. Na tylnej powierzchni rogówki ciałka te krwi barwią się jednostajnie ciemnożółtawo, obrysów ciałek w nich nie widać, tworzą pasy wejrzenia szklistego, barwiąc się podobnie do mas koloidowych. Od strony tęczówki skrzep przerośnięty wypustkami tkanki ziarninowej, miejscami nawet dość zbitej, a wśród niej spostrzegamy komórki barwikowe z wypustkami i dużemi jądrami, oraz komórki różnej wielkości, okrągłe, bez wypustek, z protoplazmą, pełną drobnoziarnistego barwika brunatnego. Tęczówka wypuklona brzegiem źrenicznym ku tyłowi, zgrubiała; brzegi jej zrośnięte tkanką ziarninową, dość dobrze zorganizowaną. Warstwa komórek barwikowych — tylnej ściany tęczówki poodrywana w licznych miejscach, poodrywane części warstwy barwikowej leżą na tkance ziarninowej, znajdującej się za tęczówką; komórki tej tylnej warstwy barwikowej jaśniejsze, nieregularne. W miejscu, gdzie tęczówka zgrubiała w głębi nadziana ciałkami czerwonemi krwi. Obok prawidłowych komórek barwikowych tęczówki wiele komórek zawiera grudki barwika brunatnego, które także leżą luźnie między komórkami. Tuż za tęczówką leży torebka soczewki z przybłonkiem, mocno pofałdowana i wraz z siatkówką oderwaną i pofałdowaną, tworzy masę zbitą, tkanką ziarninową przerosłą. Na przedniej jej powierzchni znajdują się oderwane warstwy barwika tylnej powierzchni tęczówki i ciała rzęskowego. Przybłonek wyrostków rzęskowych zawiera mniej barwika. Na siatkówce rozróżnić można obie warstwy ziarninowe, obok tego widzimy szczególniej na obwodzie ziarna brunatnego barwika, usadowione w komórkach i nieliczne komórki przybłonka siatkówkowego Między naczyniówką a twardówką gruby pokład bezpostaciowej masy takiej, jak na tylnej powierzchni rogówki. Pokład ten jest najgrubszy po za ciałkiem rzęskowem, idąc ku tyłowi zwęża się.

Badanie mikrochemiczne: W rogówce nie występuje odczyn. Wśród ciałek krwi, wypełniających przednią komórkę, również nie występuje. Na przedniej powierzchni tęczówki komórki barwikowe z wypustkami nie barwią się; natomiast komórki, zawierające wyżej wspomniany barwik brunatny, barwią się wybitnie niebiesko. W tęczówce również wybitne zabarwienie niebieskie tych samych komórek. Ziarnka barwika luźnego pozostają brunatne. Najwybitniej odczyn niebieski występuje w ciałku rzęskowem, mianowicie u jego nasady, jakoteż w komórkach barwikowych leżących na siatkówce oderwanej i pofałdowanej, które pochodzą z warstwy przybłonka siatkówkowego; tutaj występuje także rozlane błękitne zabarwienie. Naczyniówka i twardówka nie dają odczynu. Przybłonek barwikowy tęczówki i ciałka rzęskowego barwią się słabo niebiesko. Na preparatach, które poprzednio leżały w 5% kw. solnym nawet przez 48 godzin, następnie włożonych do żelazosinku potasu i kwasu solnego, widzimy odczyn niebieski, występujący wszędzie tak samo, jak na preparatach, które nie leżały w kwasie solnym.

W przypadku tym, „siderosis“ hematogenetyczna jest tylko uboczną sprawą, nie mającą żadnego znaczenia pod względem klinicznym; utratę wzroku spowodowała tutaj *uveitis* pooperacyjna.

Zestawiając te 4 przypadki widzimy, że w pierwszym, gdzie mieliśmy najwybitniejsze objawy „siderosis“, spostrzeganej klinicznie, oko w ciągu przeszło dwóch lat zachowało dobrą bystrość wzroku; kawałek żelaza był tutaj aseptyczny, zranienie oka nieznaczne i brak działania mechanicznego. Działanie chemiczne zaś żelaza nie spowodowało tu objawów zapalnych wśród całego przebiegu, mimo że działanie chemiczne było znaczne. W przypadku drugim zmiany zapalne od samego początku występowały; chory na drugi dzień po zranieniu przyszedł z objawami *iridocyclitis*, objawy zapalne następnie zmniejszyły się, aby się znów zaostrzyć. Zmiany zapalne stosunkowo znaczne, zaś oddziaływanie na żelazo występuje w niskim stopniu tak, że samego działania chemicznego żelaza nie można tutaj przyjąć za wyłączną przyczyną zapalenia; zresztą *iridocyclitis*, która nazajutrz po zranieniu wystąpiła, nie mogła pochodzić od chemicznego działania żelaza; możnaby ją tłómaczyć urazem lub zakażeniem; to ostatnie wykluczam na podstawie przebiegu klinicznego i badania anatomicznego; pozostaje więc uraz, który dał pierwotnie powód do zapalenia, a działanie chemiczne żelaza następnie zapalenie to podtrzymywało.

W przypadku 3-cim przyjmuję jako przyczynę utraty wzroku zranienie oka (znaczny krwotok do ciałka szklanego, powodujący oderwanie siatkówki, następowa *iridocyclitis).* W przypadku 4-tym przyczyną utraty wzroku była *uveitis* pooperacyjna.

Co do odczynu mikrochemicznego na żelazo widzimy, że we wszystkich trzech przypadkach najwybitniej występował on tam, gdzie komórki bujały, a więc w tkance ziarninowej, koło ciała obcego, w stożku oderwanej siatkówki przerosłej tkanką ziarninową, na bujających komórkach przybłonka barwikowego siatkówki. W przypadku zaś pierwszym

bardzo szybko występowały złogi brunatne na pęczniejących masach zaćmy. Wieniec złogów brunatnych na torebce soczewkowej (przyp. I.), jak wiadomo, powstaje wskutek osadzania się żelaza w formie nierozpuszczalnej również w komórkach wybujałego przybłonka (Hippel[1]) soczewek zaćmionych, lub zaćmiewających się. Na soczewkach niezaćmionych nigdy „siderosis" nie stwierdzono. W przypadku II, III i IV-ym nie wystąpiło oddziaływanie na przybłonku torebki soczewkowej, ale też nie stwierdziliśmy na szeregu preparatów bujania tych komórek; tak samo prawidłowo zachowywał się przybłonek wyrostków rzęskowych w przypadku II i III, to też zabarwienie niebieskie na nim nie wystąpiło. To samo i na przybłonku barwikowym siatkówki w przyp. II i IV. — W przypadku IV przybłonek ciała rzęskowego i tęczówki okazywał słabe zabarwienie niebieskie w tych miejscach, gdzie komórki jego były bledsze, t. j. zawierały mniej barwika. Według Hippla[2]) „Die Siderosis tritt vorwiegend an bestimmten Zellengruppen auf; ganz besonders an dem Epithel der Ciliarfortsätze, der Pars ciliaris retinae, der Netzhaut und dem Linsenkapselepithel"; tym grupom komórek przypisuje Hippel „eine specifische Affinität für das Eisen". Powyższe twierdzenie Hippla nie tłómaczy mi w zupełności, dlaczego w jednych przypadkach przychodzi do osadzania się żelaza, n. p. na przybłonku torebki soczewkowej (I przyp.) lub siatkówki (III przyp.) a w drugich nie (II przyp.); krótszym czasem działania chemicznego żelaza w jednych przypadkach, a dłuższym w drugich, tego całkowicie wyjaśnić nie można; jeżeli zaś przyjmujemy, że komórki bujające łatwiej osadzają w sobie żelazo w formie nierozpuszczalnej, natenczas przypadki powyższe możemy sobie wytłómaczyć. Hertel[3]) również w swoim przypadku nie otrzymał odczynu na żelazo we wszystkich komórkach grupy Hippla: „Auf eins möchte ich kurz hinweisen, dass eine so ausgesprochene Affinität des Pigmentepithels zu dem Eisen, wie sie Leber (l. c.) und v. Hippel (l. c.) erwähnen, in dem mir vorliegenden Falle nicht vorhanden war. Sowohl das Pigmentepithel der Iris, als auch des Ciliarkörpers war normal, und nahm keinerlei Eisenreaction an. Das Pigmentepithel der Retina war ebenfalls grösstentheils normal und zeigte keine Blaufärbung im Ferrocyankaliumsalzsäuregemisch. Nur an einigen Stellen fanden wir, in Uebereinstimmung mit obigen Autoren, Wucherung der Pigmentzellen in runde bräunliche Zellen, welche eine sehr deutliche Blaufärbung gaben". Te więc komórki przybłonka siatkówkowego, które bujały, były jaśniej pigmentowane, okrągłe, barwiły się niebiesko; zaś inne, prawidłowe, nie dawały odczynu (str. 291).

Hippel w przypadku Eberharda opisuje odmiennie[4]), a mianowicie tam, gdzie przybłonek barwikowy siatkówki był zupełnie pozbawiony barwika, nie wykazywał odczynu niebieskiego, zaś w komórkach, które zawierały barwik, występował odczyn. „Das Pigmentepithel.... wo es vorhanden und pigmenthaltig ist, giebt es sehr starke Eisenreaction, wo das Pigment vollständig fehlt, lässt sich eine Blaufärbung der Zellen nicht nachweisen." Inne jednak przypadki Hippela wykazują wszędzie, że właśnie tam, gdzie komórki przybłonkowe były najwięcej zmienione, najwybitniej występował odczyn niebieski. I tak w przypadku Fritza (str. 140 l. c.) pisze Hippel: „Die Zellen des Pigmentepithels der Ciliarfortsätze sind zum Theil diffus hellblau gefärbt; dies tritt besonders da hervor, wo sie auffallend pigmentarm sind." W przypadku tym również wystąpiło rozlane niebieskie zabarwienie komórek przybłonkowych torebki soczewkowej, a z opisu widzimy, że przybłonek ten miejscami okazywał płaskie wybujałości. To samo w przypadku Blömera przybłonek wyrostków rzęskowych barwił się niebiesko, szczególnie tam, gdzie był wybitnie ubogi w barwik (l. c.).

Rozlane zabarwienie niebieskie siatkówki, wystąpiło tylko w moim przypadku III; siatkówka w tym przypadku była silnie tkanką ziarninową przerośnięta, podobnie u Hippla w przypadku Albrechta, Blömera i Laiera. Twierdzenie więc, że komórki bujające więcej osadzają w sobie żelaza nierozpuszczalnego, nie stoi w sprzeczności z badaniami anatomicznemi Hippla i Hertla, a więcej tłómaczy mi wystąpienie odczynu na żelazo w moich wyżej opisanych przypadkach, niż przyjęcie samej tylko szczególniejszej zdolności do osadzenia żelaza dla pewnych gromad komórek fizyologicznych. Czy twierdzenie to ma znaczenie ogólne, dalsze badania okażą. Pewne gromady komórek, podanych przez Hippla, rzeczywiście mają tę szczególniejszą własność, że w nich osadza się żelazo, szczególniej jednak wtedy, jeżeli komórki te są w stanie zwyrodnienia lub bujania. Te dwa pojęcia, zwyrodnienia i bujania, mieszają się tu na pozór; wiemy jednak, że komórki przybłonka barwikowego wpierw muszą uledz zwyrodnieniu, nim zaczną bujać; prawidłowe komórki barwikowe tworzą pokład pojedynczy i nie są zdolne ani do odrodzenia, ani do bujania.

W przypadku I, oprócz przerostu przybłonka torebki soczewkowej, na soczewce zaćmiewającej się nie było nigdzie sprawy zapalnej, ani sprawy degeneracyjnej z następowem bujaniem komórek; — osadzanie się żelaza w formie nierozpuszczalnej, oprócz w soczewce i jej przybłonku, nigdzie nie nastąpiło. Że w tym przypadku nie przyszło do zapalenia gałki, ani (do tego czasu) do zwyrodnienia siatkówki, możnaby wytłómaczyć tem, że tutaj wszystko żelazo, rozpuszczone w pęczniejącej równocześnie soczewce, osadzało się. To samo stwierdził Leber[1]) doświadczalnie u królika, któremu wbił igłę przez środek rogówki i soczewki tak, że sterczała do ciała szklanego. Objawy zapalne nie wystąpiły, ani nie przyszło do oderwania siatkówki, co Leber tłómaczy tem, że przez obfitą ilość pęczniejących istot białkowatych dookoła ciała obcego, w ciałku szklanem mas soczewkowych, małe ilości żelaza, skoro tylko się rozpuściły, natychmiast ulegały związaniu i nie mogły działać na tkankę ciała szklanego i siatkówki. Być więc może, że w moim przypadku I, pęcznienie soczewki z bujaniem przybłonka torebki w ten sposób ocaliło oko; w przeciwnym razie działanie chemiczne żelaza rozpuszczonego wywołałoby zapalenie już to miejscowe dookoła ciała obcego, prowadzące do otorbienia się tego ciała obcego, już to zapalenie ogólne, a takie sprawy zapalne, jak z jednej strony jakiś czas chronią

[1]) Archiv Graefego, t. 40. str. 279.

[2]) Graefe's Arch. Bd. 40, S. 278.

[3]) Hertel E. Anatomische Untersuchung eines Falles von Siderosis bulbi. Arch. Graefego, t. 44.

[4]) Hippel: Ueber Netzhaut degeneration durch Eisensplitter u. s. w. Arch. Graefe'go T. 42, str. 156.

[1]) Leber. Entzündung str. 242.

do pewnego stopnia siatkówkę od zwyrodnienia przez osadzanie żelaza w formie nierozpuszczalnej w wypocinie i w tkance ziarninowej, następowo powstałej, tak z drugiej strony wywołują jeszcze prędzej oderwanie się siatkówki na drodze mechanicznej. Lepszą jest w każdym razie pierwsza ewentualność, gdyż do oderwania siatkówki w krótkim czasie przychodzi przy wypocinie w ciałku szklanem, zaś do zwyrodnienia może długie lata nie przyjść, a w naszym przypadku po 2-ch latach do niego nie przyszło. Osadzanie się żelaza w formie nierozpuszczalnej w komórkach jest poniekąd samopomocą ustroju przeciwko działaniu chemicznemu żelaza, w stanie rozpuszczalnym przenikającego tkaniny.

Prof. Dr. Machekowi składam podziękowanie za odstąpienie mi opisanych przypadków do publikacyi.

## III. *O obliczu u chorych.*

*Podał Dr. J. Fels.*

(Ciąg dalszy).

V. Na twarzy często spotykamy różne choroby skórne, jak wypryski, zapalenia i osutki. Twarz szczególnie jest usposobiona do wyprysku, który często występuje tutaj, pomimo że zadrażnienie skóry, jak np. wcieranie szaruchy itd. odbywa się na innem, dalszem miejscu. Łuszczycę twarzy poznajemy po łuszczącym się wyprysku na czole, albo w łagodnych i leczonych przypadkach po czerwonych, nieco wypukłych plamach, które pochodzą z przekrwienia brodawkowego. Zresztą małżowiny uszne bywają także siedzibą cechujących białych łusek łuszczycy Nawet świerzb, który zwykle twarz szczędzi, może na niej wywołać wyprysk. Osoby (np. praczki), które mają wyprysk z zawodu na rękach, wkrótce dostają go na twarzy. Wyprysk twarzy u starszych dzieci zaniedbanych, a szczególnie u dziewcząt, naprowadza podejrzenie zawszenia głowy; często wyprysk twarzy jest wyrazem zołzów, albo też towarzyszy niedokrewności. Na szczególną wzmiankę zasługuje wyprysk twarzy u niemowląt, który często występuje już w parę tygodni po narodzeniu i pod nazwą ognika *(crusta lactea, strophulus infantum)* powszechnie jest znany. W przypadkach wyraźnych tego rodzaju prawie cała twarz pokrywa się rozległym strupem zielonkowato lub brunatno zabarwionym, z którego, jakby z pod maski, wyzierają oczy dziecięcia. Przytem gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne są zwykle obrzmiałe

Zarost twarzy jest siedzibą figówki *(sycosis)*, której nabywa się przez zakażenie przy goleniu, albo często rozpoczyna się ona z prostego wyprysku lub liszajca, albo wreszcie z opryszczek gorączkowych (herpes febrilis). Także *dermatitis arrosiva* w połączeniu z uporczywymi nieżytami nosa może doprowadzić do bujań ziarniny, podobnych jak w figówce. Natomiast rozróżnić należy ten liszaj grzybkowy od zapalenia torebki włosowej *(folliculitis barbae)*, które polega na tworzeniu się małych mieszków i krost, odpowiadających torebkom włosów. Z różnych rumieni na twarzy występuje rumień słoneczny wywołany przez wpływ promieni słonecznych, a jak to Widmark wykazał, szczególnie przez działanie promieni pozafiołkowych. Ale także gorąco od pieca, a nawet od żelazka do prasowania, może wywołać rumień i wyprysk na twarzy u robotników (kowali, piekarzy) i u osób, zajętych prasowaniem W północnych Włoszech znajdują się po szpitalach chorzy na rumień lombardzki *(pellis agra-pellagra)* ze smagławą i łuszczącą się skórą twarzy i grzbietu rąk *(erythema nigricans)*; jestto pierwszy objaw choroby, prowadzącej potem do obłąkania. Także w Rumunii, a rzadko też i na Bukowinie, wogóle wszędzie panuje ta ciężka choroba, gdzie biedna ludność spożywa zgniłą kukurudzę. *(maïdismus)*. Także rumień wypocinowy wielopostaciowy może niekiedy wystąpić i na twarzy.

Na policzkach usadawiają się różne postacie opryszczek, n. p. opryszczki gorączkowe, które w niektórych chorobach, a szczególnie w zapaleniu płuc włóknikowem, mają tak wybitne znaczenie rozpoznawcze, że czasem już z samych opryszczek można rozpoznać zapalenie płuc. Ale i półpasiec występuje, choć rzadziej, na twarzy w przebiegu zajęcia nerwu trójdzielnego, twarzowego i górnych nerwów szyjnych. Jako półpasiec czoła, choroba ta może się często stać krwotoczną. Występuje ona także na nosie, skroniach, w otoczeniu oka jako półpasiec oka, a wtedy może ogarnąć rogówkę, tęczówkę i nawet całe oko. Półpasiec występuje zawsze tylko jednostronnie; kilkakrotnie jednak zauważono go także na twarzy obustronnie, jak to poraz pierwszy opisał Hebra. Pęcherzyca również i na twarzy może wystąpić.

Trądzik zwyczajny usadawia się najczęściej na twarzy u ludzi młodych, w wieku pokwitania płciowego i pozostawia powierzchowne blizny, jeżeli istniał latami Także trądzik czerwony występuje wyłącznie na twarzy, szczególnie po obu stronach nosa i tworzy tu kształt motyla, podobnie jak wilk rumieniowy *(lupus erythematodes)*. Występuje on nietylko z powodu nadużywania napojów wyskokowych i ciągłego pobytu na wolnem powietrzu, lecz także i w przebiegu zaburzeń w narządzie płciowym, szczególnie u kobiet, towarzyszy chorobom żołądka, kiszek i wątroby; spostrzega się także i dziedzicznie (Lesser). Zawsze się utrzymujący czerwony nos i uszy pochodzą zwykle z odmrożenia i następowego stałego poraźnego rozszerzenia naczyń krwionośnych.

Cały szereg leków może wywołać na twarzy, jak również i na całem ciele, różne wysypki, a zwłaszcza pokrzywkę, szczególnie u ludzi, którzy posiadają idyosynkrazyę przeciw tym przetworom. Osutka jodowa i bromowa usadawiają się często najpierw na czole i skroniach; balsam kopaiwiany i peruwiański, terpentyna, morfina, chinina, makowiec, chloroform, naparstnica, wodan chloralu, antypiryna, rtęć, dziegieć i wiele innych mogą wywołać i na twarzy, jak i na reszcie ciała, t. z. osutki lekarstwiane.

Róża na twarzy jest stosunkowo chorobą częstą i wychodzi najczęściej ze przeczosów i nadżerek przyskórka na nosie. W początkowym okresie trzeba czasem uważnie odróżnić różę twarzy, szczególnie jeżeli się zaczyna na nosie, od ostrego zapalenia skóry *(dermatitis)*, które także często się przyłącza do nieżytów i nadżerek błony śluzowej nosa. W róży należy uwzględnić początek choroby, który występuje wśród dość wysokiej gorączki, wymiotów, braku łaknienia, następnie ból napinający i wypukły brzeg. Na jeden objaw jeszcze należy zwrócić szczególną uwagę, mianowicie na osobliwie żółto obłożony język, na którym pojedyncze brodawki wystają również jako żółte punkty. Nie rzadko się zdarza, że lekarz, wezwany do chorego na różę na twarzy, znajduje bolączkę na dziąsłach *(parulis)* ze znacznem zaczerwieniem i opuchnięciem twarzy.

Ważną gromadę chorób, które bardzo często już z twarzy można rozpoznać, tworzą osutki ostre. Charakterystyczne krosty ospowe występują na twarzy i na głowie; w ospówce można stwierdzić na twarzy różne okresy osutki pęcherzykowej, a także na błonach śluzowych. Ospa krowiankowa może wystąpić na twarzy, bądź to jako krosta przerzutowa *(vaccinolae)*, bądź też jako *vaccina* ogólna. Zaczerwienione policzki są charakterystyczne dla płonicy w przeciwstawieniu do bladej brody, czoła i wargi górnej, a brak objawów nieżytowych odróżnia ją od odry, w której już w okresie zwiastunowym brzegi powiek są zwykle lekko zaczerwienione i nieco obrzękłe, oczy zmętniałe i łzawiące, a przytem silny nieżyt nosa i czerwone policzki. Później występuje osutka odrowa, szczególnie na skroniach, w okolicy przedusznej i na brodzie.

Co się tyczy kiły, to zdarzają się stwardnienia pierwotne (sklerozy) i kilaki na wargach i powiekach. *Sclerosis initialis* na twarzy może mieć swe źródło w miłości lub w nienawiści, a więc albo przez pocałunki lub spółkowanie przeciw naturze, albo też przez ukąszenia, wykonane w za-

pale lubieżności lub gniewu. Kiła wywołuje także znaną koronę Wenery, t. j. wysypkę guzkową na czole, a czasem także na dalszej części twarzy. Jeszcze długo po przebytej kile bezbarwność skóry (leukodermata) może świadczyć o przebyciu tej choroby. W kile wrodzonej osesków nieżyt nosa należy do najstalszych objawów. Wkrótce po nim występują czerwone lub brunatnawe okrągłe lub nieregularne plamy, szczególnie w okolicy brwi, brody i fałdów nosowo-policzkowych.

Twarz jest często siedzibą wilka zwyczajnego i rumieniowego. Wilk zwyczajny poczyna się często od nosa, a bliznowate skrzywienie twarzy z wywiniętemi powiekami jest tak charakterystyczne, że chorzy z rozległym wilkiem twarzy prawie wszyscy są do siebie podobni. Wilk rumieniowy tworzy często znaną postać motyla po obu stronach nosa; ogarnia jednak czasem czoło, szyję i rozległe miejsca głowy owłosionej.

Mięczak zaraźliwy *(moluscum contagiosum)* występuje głównie na twarzy i tworzy tu lśniące ciałka wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy, które łatwo dają się wycisnąć. Łatwo też dają się one odróżnić od brodawek, które szczególnie w wieku młodocianym i starszym są bardzo częste. Prosaki *(milia)* są małymi kaszakami które głównie u osób młodych i kobiet występują na powiekach i na czole. Kaszaki większe usadawiają się często na tych samych miejscach i dosięgają wielkości jaja kurzego. Torbiele skórzaste są wrodzone, choć często dopiero w późnym wieku się powiększają. Usadawiają się w okolicy kątów powiekowych, zewnętrznego i wewnętrznego. Nowotwór nad gładyszką noworodka nasuwa myśl przepukliny mózgowej. Kępki żółte na powiekach (xanthomata czyli xanthelasmata), są to płaskie nowotwory brudno-żółtawej barwy, które mało tylko wystają nad skórę powieki. Najczęściej znajdujemy je na powiekach w pobliżu kąta powiek wewnętrznego i często rozmieszczone są symetrycznie po obu stronach, podobne do żółtych plam nad oczami jamników. Kępki żółte występują u ludzi starszych, szczególnie u kobiet, rosną bardzo powoli i prócz oszpecenia nie mają innego znaczenia.

Trąd również często już z twarzy można rozpoznać, gdyż tu siedzibę swą mają guzy trądu guzowatego. Czyraki twarzy, szczególnie na nosie, górnej wardze, policzku i brodzie, są zjawiskiem dość częstem. Wąglik, czyli czarna krosta złośliwa usadawia się najczęściej na twarzy, szczególnie na policzkach, czole i powiekach; cechuje się ciemną plamą na szczycie nacieku. Na miejscach przejścia skóry w błonę śluzową występują często nabłoniaki, głównie na wargach, nosie i na powiekach. Czasem taki nabłoniak jest pokryty brudnymi strupami tak, że na pierwszy rzut oka wygląda jak wyprysk. Ale trzeba tylko się dotknąć, a twardy naciek w otoczeniu nie pozostawi żadnej wątpliwości w rozpoznaniu. Rak skóry a mianowicie jego postać o mniej złośliwym przebiegu *(ulcus rodens)* usadawia się najczęściej na nosie i tworzy tu powierzchowny czerwony i lśniący wrzód, który równie, jak jego wązki brzeg, jest twardy. Twardziel nosa *(rhinoscleroma)* występuje w górnej części przewodu oddechowego i tworzy często na nosie i górnej wardze chrząstkowato-twarde, płaskie nacieki, które powoli się posuwają i nigdy nie wrzodzieją. Promienica (aktinomykosis) ma zwykle swoje miejsce na szczęce dolnej i szyi i wylania się jako sprawa przewlekła o przewlekłem bujaniu ziarniny i ropieniu. (C. d. n.)

## IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Ośrodki korowe układów rzutowych, czyli pola rzutowe, są siedzibą obrazów pamięciowych. Obrazy te tworzą się pod wpływem odpowiednich bodźców zewnętrznych, które, choć są przemijające, wywołują tak we włóknach nerwowych, jak, i to w wyższym jeszcze stopniu, w ośrodkach trwałe zmiany. Tę zdolność układu nerwowego doznawania trwałych zmian pod wpływem przemijających bodźców zowiemy pamięcią. Pamięć nerwów polega n. p. na tem, że częste faradyzowanie nerwu zwiększa jego pobudliwość na ów bodziec; na tej samej zasadzie polega wszelkie ćwiczenie, wszelkie uczenie się, przez które zauważamy, że to, co nam zrazu przychodziło z trudnością, z czasem staje się łatwem. Trwałe zmiany, wywołane w polach rzutowych przez przemijające bodźce czyli tak zwane obrazy pamięciowe, stanowią treść naszej świadomości. Skoro zaś obrazy te powstają pod wpływem bodźców zewnętrznych, działających na nasze narządy zmysłowe, przeto treść naszej świadomości zależną jest od istnienia narządów zmysłowych i ich stanu (zdanie dawnych autorów „id non est in intellectu, quod in sensu non fuerit") oraz od odpowiednich im układów rzutowych. Wrodzony brak funkcyi narządów zmysłowych pociąga za sobą niewytworzenie się odpowiednich im układów rzutowych, a następnie odpowiednich im obrazów pamięciowych. Ponieważ zaś świadomość nasza jest czynnością ośrodkowych pól rzutowych, które tkwią w korze mózgowej, oraz, ponieważ świadomość jest funkcyą kory, przeto niewytworzenie się układów a więc i pól rzutowych pod wpływem wrodzonych niedorozwojów narządów zmysłowych, upośledza świadomość.

Aby należycie pojąć, co trzeba rozumieć przez obraz pamięciowy, rozważmy bliżej, jako przykład, optyczny obraz pamięciowy. Wrażenia wzrokowe, jakich doznaje siatkówka oka, zmieniają się ustawicznie t. j. każde nowe wrażenie zaciera w siatkówce wrażenia poprzednie. Tak samo muszą się zacierać wzajemnie wrażenia wzrokowe, po sobie następujące w ośrodkach, czyli polach psychoptycznych sensorycznych. Gdzież się tedy tworzy obraz pamięciowy poszczególnych wrażeń wzrokowych? Meynert przyjmował, jak wiadomo, istnienie osobnych ośrodków dla zmysłowego spostrzegania wzrokowego, a osobnych dla obrazów pamięciowych wzrokowych. Wernicke zgadza się w tym względzie ze Sachsem (Vortraege über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau, 1893) i Goldscheiderem (Berlin. klin Wochs. Nr. 4, 1982), że tylko przypuszczenie nabytej zdolności czynnościowego łączenia równocześnie zadrażnionych pierwiastków spostrzegawczych zapomocą istniejących dróg kojarzenia, może nam wyjaśnić tę szczególną pamięć każdorazowego kształtu obrazów siatkówkowych i wzajemnego ułożenia zadrażnionych punktów siatkówki. Jeżeli ta sama podnieta się powtarza i obraz jej, powstały w siatkówce, zostaje znowu poznanym, to mechanizm tego poznania można tłómaczyć wedle Ziehena (Zasady psychologii fizyologicznej. Przekład z przedmową A. Mahrburga. Warszawa, 1900) w ten sposób, że pierwiastki spostrzegawcze tworzą ten obraz pamięciowy, albowiem dotycząca kombinacya zadrażnionych komórek nastrojona jest niejako na tę modłę podrażnienia tak, jak np. pewne rezonatory odbrzmiewają tylko przy dźwięku pewnego tonu. Zdaniem Wernickego nawet i to wielce pomysłowe porównanie Ziehena nie tłómaczy tego zjawiska, a wyjaśnia dopiero istnienie układu kojarzennego, t. j. włókien nerwowych, łączących pierwiastki spostrzegawcze. Kojarzenie zaś wrażeń zmysłowych nastaje zawsze wtedy, gdy one nastąpiły równocześnie. Otóż, ponieważ równoczesne zadrażnienia pierwiastków spostrzegawczych ze sobą się kojarzą, a przy ponowieniu się tego samego wrażenia, ten sam układ podrażnienia się ponawia, więc przyjąć można, że wrażenia te w kojarzeniu się utrwalają. Wobec tego obraz pamięciowy byłby nabytem skojarzeniem pierwiastków spostrzegawczych ośrodkowego pola rzutowego. Tak więc zbytecznem jest przyjmowanie istnienia osobnych ośrodków pamięci. Obraz pamięciowy wzrokowy jest zarazem zawsze skojarzony z obrazem pamięciowym dla ruchów gałki ocznej. Przez powtarzanie się tych samych wrażeń wzrokowych tworzy się tedy

obok kojarzenia się pierwiastków spostrzegawczych między sobą, także i skojarzenie między odpowiedniemi, również zlokalizowanemi wyobrażeniami ruchów gałki ocznej. Tak połączony optyczny obraz pamięciowy z odpowiednim obrazem pamięciowym ruchów gałki ocznej, zwiemy wyobrażeniem wzrokowem.

Pierwiastki spostrzegawcze ośrodkowych pól rzutowych, czyli komórki zwojowe, które się bezpośrednio łączą z włóknami rzutowemi, wiążą się nadto między sobą zapomocą włókien kojarzących, wskutek czego mogą powstać obrazy pamięciowe wzrokowe, węchowe, słuchowe, smakowe, dotykowe itd. Zapomocą posiadania tych obrazów pamięciowych jesteśmy w stanie rozpoznać nanowo wrażenie, poprzód już odniesione, czyli w ten sposób nastaje pierwotna indentyfikacya. Ponieważ zaś materyał wrażeń zmysłowych składa się z przedmiotów konkretnych, zatem treść naszej świadomości równa się sumie pamięciowych obrazów przedmiotów konkretnych. W tej sumie muszą zachodzić pewne stałe grupy, odpowiadające właściwościom pewnego przedmiotu konkretnego. Jeden zaś i ten sam przedmiot wywołuje kilka w ten sam sposób powtarzających się wrażeń zmysłowych, a równoczesność tych różnych wrażeń zmysłowych sprawia, że ich obrazy pamięciowe ulegają ze sobą skojarzeniu. Tak więc każdemu przedmiotowi konkretnemu odpowiada nabyte skojarzenie obrazów pamięciowych różnych zmysłów, które będzie tem trwalsze, im częściej ten sam przedmiot będzie je pobudzał. To nabyte skojarzenie tych obrazów pamięciowych tworzy nam pojęcie przedmiotu konkretnego. W każdem pojęciu musimy odróżnić jego objętość i jego trwałość.

Pierwotna identyfikacya umożliwia nam rozpoznanie ponowne wrażenia, poprzód już raz odniesionego; różnica zaś między nią a następową identyfikacyą polega na tem, że dzięki tej ostatniej już jedna część składowa pojęcia obudza w nas całą sumę pozostałych części składowych, czyli całe pojęcie. Podstawę anatomiczną dla uzyskania takich do siebie przynależnych grup pierwiastków komórkowych stanowi istnienie włókien kojarzących między różnemi polami rzutowemi. Drogi nerwowe, łączące ośrodki jednego pola rzutowego, nazywamy drogami kojarzącemi wewnątrzkorowemi; drogi zaś łączące ośrodki różnych pól rzutowych — drogami kojarzącemi pozakorowemi (intra vel transcorticale Bahnen). Zbiór pojęć konkretnych stanowi świadomość świata zewnętrznego, gdyż pojęcia te. powstawszy pod wpływem bodźców zewnętrznych, dają nam jego wierny obraz. Treść zatem naszej świadomości składa się nietylko z obrazów pamięciowych, lecz także z pewnych ich, stale ze sobą skojarzonych, zbiorów, czyli pojęć konkretnych. Liczba tych pojęć zależy od liczby przedmiotów konkretnych. O liczbie posiadanych pojęć daje nam miarę liczba słów, używanych dla ich wyrażenia. Liczba przedmiotów konkretnych, a tem samem i pojęć konkretnych, nie jest wielką, zwłaszcza w stosunku do liczby komórek zwojowych kory, których, wedle obliczenia Meynerta, jest około miliarda; dla tego też, ponieważ przedmiotów konkretnych nie jest tak wiele, muszą jedne i te same często zmysłom naszym wpadać i tworzyć skutkiem skojarzenia ścisłe pojęcia.

Oprócz kojarzenia wrażeń równoczesnych, istnieje także kojarzenie wrażeń po sobie następujących, na którem np. polega uczenie się czegoś na pamięć. Z uwagi na to, że równoczeźność ścisła wrażeń zmysłowych jest właściwie niemożliwa z powodu jednolitości naszej świadomości, przeto kojarzenie wrażeń zmysłowych jest właściwie tylko kojarzeniem wrażeń, szybko po sobie następujących. Wrażenie, odebrane ze świata zewnętrznego, którego zjawiska nie są z sobą połączone, łączy dopiero mózg nasz w pewien związek przyczynowy. Dla wytłómaczenia mechanizmu kojarzenia przyjmuje W. osobne komórki zwojowe, w tej czynności pośredniczące, tj. komórki wrzecionowate, stanowiące pewną warstwę kory mózgowej. Przyjmuje on że każda z tych komórek wysyła w przeciwne strony wypustki, których ostateczne rozgałęzienia łączą się z mającemi uledz skojarzeniu komórkami zwojowemi pól rzutowych. Ponieważ atoli tylko obrazy pamięciowe, a nie spostrzeżenia zmysłowe jako takie, ulegają skojarzeniu, przeto sądzi W. że komórki pewnych warstw kory są połączone z wypustkami komórek kojarzących, a nadto są połączone drogami nerwowemi z komórkami spostrzegawczemi, czyli rzutowemi. W ten tylko sposób można sobie wytłómaczyć możność łączenia obrazów pamięciowych w dowolne, a nieskończone kombinacye.

Oprócz świadomości świata zewnętrznego, która tak długo istnieje, jak długo człowiek jest w stanie przytomnym, istnieje także świadomość cielesności, która przedstawia się nam ogólnie jako czynność wszystkich nerwów czuciowych, tj. układu rzutowego. Przecięcie splotu barkowego znosi świadomość posiadania ręki; przecięcie szypułek mózgowych (pedunculi cerebri) znosi świadomość posiadania ciała, z wyjątkiem utrzymanej jeszcze dzięki nie przeciętym nerwom węchowym i wzrokowym świadomości narządu powonienia i wzroku. Świadomość cielesności jest również nabytą, a to przez to, że ustawicznie ze wszystkich części ciała dochodzą do ośrodkowych pól rzutowych sygnały, które w nich wytwarzają trwałe zmiany w postaci obrazów pamięciowych. Takiemi ośrodkowemi polami rzutowemi są np. stwierdzone doświadczalnie przez Munka partye kory mózgowej dla rąk, nóg, głowy, ucha, tułowia i karku. Zdaniem W. partye te zawiadują nietylko całem czuciem odpowiednich okolic ciała, lecz także i ich ruchomością. Ponieważ zaś w odnośnych tych okolicach mieści się także i narząd dotykowy skóry, przeto ośrodkowe ich pola rzutowe zawiadują także i uczuciem dotyku, względnie powierzchni zmysłów. W ten sposób możliwem się staje, że narządy zmysłowe, służące odrębnym funkcyom, odczuwamy jako część składową naszego ciała zapomocą ich układów rzutowych. Tylko błona śluzowa nosa, służąca powonieniu, oraz ustna służąca smakowi, mają dla czucia ich, jako części ciała, osobne układy rzutowe, w skład których wchodzą, jako drogi nerwowe pewne gałęzie nerwu trójdzielnego.

Tę część czucia, która stanowi materyał dla stworzenia świadomości świata zewnętrznego, możemy nazwać zmysłową treścią wrażenia. Jednak każde wrażenie poza swą treścią zmysłową posiada jeszcze właściwość wywoływania pewnego nastroju, którą zwiemy tonem uczucia. Ten ton czucia zawiadamia nas o tem, którą część ciała naszego bodziec podrażnił. Zwykle bodźce uchodzą naszej świadomości, gdyż uwaga nasza skierowaną bywa tylko na zmysłową treść wrażenia. Jeśli jednak podnieta zewnętrzna będzie niezwykle silną, to zapominamy o treści zmysłowej wrażenia, a zwracamy uwagę na czucie narządu, podnietą dotkniętego. Jeśli np. w tłumie ktoś się nagle dotknie naszej ręki, to w tej chwili rozpoznajemy po sposobie dotknięcia osobę lub przedmiot, który nas się dotknął. Jeżeli atoli ktoś nas uchwyci tak silnie za rękę, że w miejscu tem uczujemy ból, to nie zwrócimy naszej uwagi na to zkąd ta podnieta pochodzi, lecz usuniemy prędko naszą rękę. by ją od ponowienia się podniety uchronić, czyli zwracamy wówczas naszą uwagę na urażoną część naszego ciała. Ruchy takie, jak usunięcie ręki w danym przykładzie. zwiemy wedle Meynerta ruchami obronnymi, o tyle identycznymi z ruchami zaczepnymi, o ile źródło ich obu tkwi w wrodzonych odruchach celowych. Z tego widzimy, że czucie narządów ma za cel ochronę naszego ciała przed szkodliwościami zewnętrznemi.

Do czucia narządów zaliczyć musimy czucie przestrzeni w siatkówce i w skórze. Że takie czucie istnieje, dowodzą nam zaburzenia chorobowe, np. w korze płatów potylicznych, które sprowadzają przerwy w polu widzenia. Ztąd wynika, że sąsiadujące punkty siatkówki lub kończyn naszych mają swe pola rzutowe w sąsiadujących ze sobą komórkach kory płatów potylicznych lub ciemieniowych. I w narządzie słuchowym mamy drogi nerwowe, umożliwiające nam ich czucie, jako narządów. I tak bowiem nietylko natężenie, lecz i jakość wrażenia słuchowego może te same sprowadzić następtwa. I tak, nietylko silne wrażenia słuchowe, które wywołują

w nas ruchy obronne (np. strzał — zatkanie uszu), lecz pewne wrażenia stale wywołują ruchy przestrachu i grozy, inne zaś wywołują ruchy zachwytu itd. Nadto istnieje w tym zmyśle także i czucie przestrzeni, zapomocą którego wnosimy o odległości, z jakiej głos słyszymy. Do czucia narządów zaliczamy. także czucie mięśniowe (pojmowane mylnie dawniej za odrębny zmysł), czucie stawów i wielkich trzew, jak wątroby, jelit itd. Zwłaszcza na tych trzewach możemy dokładnie poznać, jak dalece czucie narządów jest samoistne. W stanie zdrowia mało mamy świadomości o tych narządach, choć znamy uczucie głodu lub sytości, potrzeby oddania moczu lub kału, natomiast w stanie chorobowym przekonujemy się o wielkiej ich czułości. To bowiem, co zawsze zwano tonem czucia wrażeń, tj. właściwością, daną wrażeniom sprowadzania uczucia chęci lub niechęci, przeważa właśnie w czuciu narządu naszych trzew (hypochondria). Jakkolwiek lokalizacya czucia trzew jest bardzo niedokładna (np. przy bólu żołądka, kolce nerkowej, żółciowej itd.), to jednak świadomość naszej cielesności pozostaje w ścisłej zależności od stanu wielkich trzew. Ztąd też musimy przyjąć, że świadomość cielesności posiada osobne pola rzutowe dla wielkich trzew, za czem przemawiają hypochondryczne objawy u obłąkanych. W myśl tych uwag możemy świadomość naszej cielesności pojmować jako sumę obrazów pamięciowych wszystkich wrażeń, odebranych przez czucie narządów. Obrazy pamięciowe czucia narządów objaśniają nas o miejscu działania podniety zewnętrznej; zaś obrazy pamięciowe wrażeń, odebranych drogą zmysłów jak np. wzroku, słuchu itd., objaśniają nas o jakości tej podniety. Na tej podstawie możemy też jasno zrozumieć różnicę, jaka zachodzi między spostrzeżeniem zmysłowem a jego obrazem pamięciowym; pierwszemu towarzyszy zawsze odczucie narządu spostrzegawczego i dlatego bywa odnoszonem do przestrzeni, drugiemu zaś, tj. obrazowi pamięciowemu nie towarzyszy odczucie narządu i ztąd nie odnosimy go do przestrzeni.

Wszystkie pola rzutowe, obejmujące świadomość cielesności, są ściśle ze sobą drogami kojarzennemi związane. Ponieważ sygnały, jakie nasze ciało do świadomości wysyła, są w równych warunkach te same, zatem obrazy pamięciowe tych sygnałów są tak ściśle ze sobą skojarzone, jak tego odnośnie do obrazów pamięciowych ciągle zmiennych podniet świata zewnętrznego przyjąć nie można. Przed zjawiskami świata zewnętrznego możemy się do pewnego stopnia ochronić; wrażeniom, jakie własne ciało w nas sprawia, ujść nie możemy, gdyż towarzyszą one nam ustawicznie. Dzięki temu ścisłemu kojarzeniu czucia poszczególnych narządów możliwem się staje powstanie jednego wielkiego pojęcia naszej cielesności. Ponieważ zaś spostrzeżenie zmysłowe bez czucia odnośnego narządu jest niemożliwe, przeto każde spostrzeżenie zmysłowe musi w nas budzić także świadomość cielesności *in toto*. Zatem przy każdem spostrzeżeniu, jakie czynimy, odzywa się w nas świadomość cielesności. Czucie narządów powstaje pod wpływem bodźców świata zewnętrznego i bodźców wewnętrznych takich, jak np. szum w uszach, widzenie światła w zupełnej ciemności, kwaśny smak przy nieżycie żołądka itd. Otóż z tego widzimy, że o ile spostrzeżenie zmysłowe zawisłe jest ściśle od koniecznego narządu, to czucie narządów powstaje także niezależnie od spostrzeżenia zmysłowego, wskutek bodźców wewnętrznych. Tak więc świadomość cielesności możemy sobie przedstawić jako zawartą w komórkach kory, stanowiących pierwszą stacyę, przez którą każda podnieta zmysłowa przejść musi, zanim się dostanie do tej części kory, która zawiera świadomość świata zewnętrznego. To przypuszczenie doznaje utwierdzenia w warstwowej budowie kory mózgowej; warstwa kory, najbliższa substancyi białej, może obejmować świadomość cielesności.

Względna niezmienność świadomości cielesności poucza nas, że świadomość ta, w stosunku do wrażeń świata zewnętrznego, ulegających ciągłym zmiaaom, przedstawia się do pewnego stopnia jako stała ilość, jako jednostka. Doświadczenie zaś poucza naszą świadomość, że cielesność jest niepodzielna, zaś świat zewnętrzny może być rozłożony na swe części składowe. W ten sposób tworzy się u nas „pierwotne ja“ Meynerta, przez które rozumiemy świadomość naszej cielesności.

(C. d. n.)

# V. Wyciągi.

Ferd. Blumenthal i K. Neuberg (Berlin). **O tworzeniu się acetonu z białka.** *(Deutsche med. Wochs.*, Nr. 1, 1901). Autorom udało się przez powolne utlenianie białka uzyskać aceton obok aldehydu. Utlenianie odbywa się wodą utlenioną przy współdziałaniu soli żelazawych. W tym celu ogrzewali przez kilka dni w cieplarce 250 grm. żelatyny z tą samą ilością wody utlenionej, z dodatkiem 10 ctm.³ nasyconego roczczynu siarkanu żelazowego. Po 3—5 dniach, gdy już nie można było wykryć w roczczynie wody utlenionej, przesączono ciecz i poddano destylacyi. W przekropie można było stwierdzić istnienie aldehydu, jak niemniej jakiegoś ketonu. Bliższe badania wykazały, iż rzeczonym ketonem był aceton. Co do natury aldehydu, który się wytworzył z żelatyny obok acetonu, autorowie dotychczas podać jej nie umieją. *Lemberger.*

Lubowski. **Prątki róży świń w stolcach dziecka, dotkniętego żółtaczką.** *(Deutsche med. Wochs.*, 1901, Nr. 8). Do niedawna jeszcze panowało przekonanie, że prątek róży świń jest dla ludzi zupełnie nieszkodliwy, gdyż doświadczenie okazało, że mięso świń, dotkniętych różą, nie wywoływało żadnych złych skutków u spożywających je ludzi; nie zauważono też zakażenia u ludzi, stykających się z padliną takich zwierząt. Pomimo to wydano w Niemczech zakaz spożywania takiego mięsa, jeżeli nie jest gotowane lub wędzone. Dopiero w roku ubiegłym ogłoszono kilka przypadków zakażenia się ludzi różą świń, mianowicie przez skaleczenia przy biciu zwierząt chorych. Wszystkie te przypadki, objawiające się różycowem zapaleniem skóry w sąsiedztwie skaleczeń i obrzękiem sąsiednich stawów, zakończyły się pomyślnie. Inny rodzaj zakażenia u ludzi nie był znany. Otóż L. wykazał w stolcach 5-cioletniego dziecka, które zachorowało bez gorączki na nieżyt jelit z żółtaczką, nadzwyczaj liczne prątki róży świń. Żółtaczka minęła w krótkim czasie; w dwa tygodnie po pierwszem badaniu nie można już było w stolcach odnaleźć wspomnianych prątków. Oczywiście z jednego przypadku nie można jeszcze stanowczo wnosić o tem, że prątki róży świń bywają przyczyną pewnych chorób ludzkich; zdaje się jednak rzeczą bardzo prawdopodobną, że w opisanym przypadku były one rzeczywiście przyczyną choroby, a to można przypuszczać dlatego, iż w stolcach znajdowały się one prawie w czystej hodowli, iż zniknęły ze stolców za powrotem zdrowia i że u zwierząt zakażenie następuje z reguły właśnie drogą przewodu pokarmowego. W każdym zaś razie dowodzi opisany przypadek, że prątki róży świń mogą się w przewodzie pokarmowym ludzkim nadzwyczajnie mnożyć; zestawiwszy to ze spostrzeganemi już zakażeniami przyrannemi u ludzi, nie można nadal prątka tego uważać za nieszkodliwego dla ludzi. Sposobności do zakażenia nim przewodu pokarmowego nie brak, gdyż róża świń jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, a prątek jej, według badań Petriego, przy gotowaniu, wędzeniu i t. d. zakażonego mięsa nie zbyt łatwo ginie. Należałoby więc i w tym kierunku wykonywać nadzór sanitarny, zwłaszcza nad wędlinami. *C.*

Gebhard (Budapeszt). **O nowej próbie na cukier zapomocą kołaczyków nitropropiolowych.** *(Münch. med. Wochs.*, Nr. 1, 1901). Jeszcze w roku 1880 doniósł A. Baeyer o oddziaływaniu kwasu ortonitrofenylopropiolowego na cukier gronowy. Kolońska fabryka Teuscha wyrabia w tym celu kołaczyki, otrzymane przez ugniecenie mięszaniny kwasu ortonitrofenylopropiolowego i węglanu sodowego, podając zarazem do wywołania odczynu przepis następujący: kołaczyk rozpuszcza się w 10 ctm.³ wody, dodaje 10 kropel badanego roczczynu (moczu) i ogrzewa lekko przez 3—4 min. Ciecz przyjmuje w razie obecności cukru barwę indygowo-niebieską wskutek utworzenia się indyga, które może nawet po dłuższym czasie wydzielić się na dnie rurki odczynnikowej. Autor zmodyfikował tę metodę o tyle, iż radzi dolać do rurki naprzód 10—15 kropel cieczy badanej, następnie 10 ctm.³ wody, a w końcu dopiero kołaczyk i ogrzać to 3—4 min., przyczem powstaje bardzo wybitnie wspomniany odczyn. Jeżeli ilość cukru jest bardzo mała, a skutkiem tego zabarwienie nie powstaje wybitnie, należy zakłócić tę ciecz z chloroformem, który rozpuści utworzone indygo i zabarwi się na niebiesko. Autor wykazał również, iż odczyn ten powstaje jedynie w moczu, zawierającym cukier i że temu powstaniu nie przeszkadzają pewne składniki moczu, czy to prawidłowe, czy też nieprawidłowe, a znajdujące się w znaczniejszych ilościach (n. p. kwas mo-

czowy, barwiki żółciowe). Jedynie, jeżeli ilość białka jest znaczną, należy go wydzielić solą kuchenną lub chloroformem. Również nie wytwarza odczynu na cukier mocz po spożyciu pewnych leków (kw. będźwinowy, karbolowy, gwajakol, kwas salicylowy, rzewień, senes i t. d.), chyba, że zawiera obok tego cukier. Rozczyn, zawierający 0·03% cukru, tworzy odczyn jeszcze bardzo wybitny. Autor uważa wspomniany odczyn za bardzo czuły, pewny, a w szczególności pod każdym względem polecenia godny dla praktykujących lekarzy. *Lemberger.*

Funke. **Przyczynek do całkowitego wyłuszczenia raków i mięsaków w jamie brzusznej, z uwzględnieniem trwałości wyników.** (*Münch. klin. Wochschr.* Nr. 6 1901). Odwołując się na ogłoszone historye 21 operacyj w roku 1897, przytacza autor historye chorób 19 operowanych w czasach ostatnich. Podnosząc technikę operacyjną, przypisuje największe zalety operacyjne co do dokładności usunięcia całkowitego, jakoteż i co do trwałości leczniczej, operacyi brzuszno-pochwowej. Lecz mimo najlepszego wyboru sposobu operacyjnego rokowanie zależeć będzie od wieku osoby operowanej. Rokowanie według F. u osób młodych, zwłaszcza u mężatek, nawet przy stosunkowo małych zmianach rakowych, jest gorsze, niż u osób starych, u których żywotność tkanek jest mniejsza, a więc i powolniejsze rozprzestrzenianie się sprawy chorobowej. Nawet raki rozpadające się przez to, że ustrój wytworzył naciek ochronny, powoli się uogólniają. *P.*

Blumberg. **Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka.** (*Berl. klin. Wochschr.* Nr. 5—6 1901). Autor do doświadczeń swoich, przeprowadzonych w klinice Zweifla, wybierał przypadki ciężkie, w których ciepłota dochodziła, lub nawet przechodziła 40° i w których podwyższenie ciepłoty utrzymywało się czas dłuższy, bez dążności do opadania. Na 12 przypadków, w których stosował surowicę, u 9 robił badania bakteryologiczne wydzieliny jamy macicznej: 4 razy znalazł zakażenie mięszane, dwa razy odchody były wolne od drobnoustrojów, dwa razy czyste paciorkowce, a raz pewien gatunek diplokoka. W przypadku ostatnim wstrzykiwanie surowicy nie odniosło żadnego skutku; w zakażeniu mieszanem skutek dobry był tylko dwa razy; zawsze i to bardzo szybko skutek dobry był przy zakażeniu czystemi paciorkowcami. Po wstrzyknięciu 20 grm. surowicy ciepłota nawet z 40 stopni opadała dnia następnego do prawidłowej. Na podstawie tych kilku dokładnie spostrzeganych przypadków przychodzi B. do przekonania, że surowica Marmorka działa leczniczo tylko w zakażeniu czystemi paciorkowcami; może jednak czasem odnieść dobry skutek i przy zakażeniu mięszanem. W kilku przypadkach po wstrzykiwaniach spostrzegał B. rumień i to albo w miejscu, najbliższem wstrzyknięcia, albo też i zajmujący większą część ciała, w połączeniu z silnem pieczeniem i bolesnością przy dotyku: po 24 godzinach bez leczenia rumień taki zupełnie ustępował. Przyczynę tego powikłania upatruje B. w samej technice wstrzykiwania. Jeżeli surowica jest wstrzyknięta w warstwę podskórną, to tylko wtenczas powstanie rumień i to miejscowy, jeżeli troszkę surowicy przez ucisk wydostanie się na zewnątrz; jeżeli zaś przy wstrzykiwaniu surowica dostanie się w warstwy głębsze skóry, to sprowadzi rumień ogólny. Na pierwszą dawkę używa autor 20 grm., później po 10 grm.; zwiększonej ilości białka nie zauważył. *P.*

Schlesinger (Wrocław). **O żywieniu niemowląt mlekiem nierozcieńczonem.** (*Berl klin. Wochschr.* Nr. 7. 1901). Za najlepszy sposób sztucznego karmienia niemowląt uważano do niedawna podawanie mleka w różnym stopniu, stosownie do wieku dziecka, rozcieńczonego. Podstawą tego sposobu było zapatrywanie, opierające się, zdaniem autora, na uprzedzeniu, iż mleko krowie nierozcieńczone jest niełatwo strawne. Praktyka pokazała jednak, że żywienie mlekiem krowiem rozcieńczonem wydaje wyniki niekorzystne, rzucono się więc do obmyślenia innych pożywek, któreby wypełniały trzy kardynalne warunki dobrego pokarmu dla niemowlęcia, mianowicie: 1) zawierały wszystkie składniki, konieczne dla ustroju, 2) zawierały je w postaci łatwo przyswajalnej, 3) w całości miały dostateczną wartość odżywczą. Stąd pojawiły się i pojawiają ciągle rozmaite pokarmy dla niemowląt, z których wiele, jak mięszanka Heubnera, mleko tłuste Gärtnera, mięszanka Steffena (mleko z bulionem), zupa słodowa Kellera, posiada te warunki, choć nieraz na pozór bardzo się różni od mleka kobiecego. Wszystkie te środki dlatego w praktyce dają wynik lepszy od mleka krowiego rozcieńczonego, ponieważ ono nie dopełnia jednego z głównych postulatów, mianowicie, jak to wykazał autor, nie posiada dostatecznej wartości odżywczej. Wartość kaloryjna mleka nierozcieńczonego krowiego wynosi tyle, co mleka kobiecego. zatem rozcieńczone mleko ma wartość odżywczą znacznie mniejszą. Stąd wytwarza się przy podawaniu mleka krowiego błędne koło: albo dziecko dostaje ilość pokarmu fizyologicznie co do objętości właściwą, ale co do pożywności za skąpą; albo też dostaje pokarm co do pożywności dostateczny, ale nadmiernej objętości. W tym drugim przypadku nietylko oddziaływać to musi wprost na żołądek (rozszerzenie z następstwami) i kiszki, ale przez to, że ustrój pozbyć się musi nadmiaru wprowadzonej z pokarmem wody, musi też wykonywać nadmierną pracę, zużywającą jego siły i sprowadzającą, zdaniem autora, nieraz niezrozumiałe na pozór wyniszczenie ustroju (*atrophia infantum*) bez wyraźnej podstawy anatomicznej.

Autor jak najgorącej zachęca do zerwania z uprzedzeniami i podawania niemowlętom bez obawy nierozcieńczonego mleka krowiego, objaśniając kilkoma historyami chorób dobre jego, prawie lecznicze działanie. U dwojga dzieci wyniszczonych, jednego wskutek żywienia mlekiem rozcieńczonem, drugiego przez zbyt skąpy pokarm matki, ustały wszelkie zaburzenia zdrowia z chwilą podania mleka nierozcieńczonego, waga szła szybko w górę (u jednego z dzieci w pierwszym tygodniu już o 630! gramów), znikły zatwardzenia i t. d. Rzecz tem ważniejsza, że ubogiej ludności niedostępne są drogie sztuczne pożywki, obecnie stosowane, dostępne zaś zawsze mleko; najwięcej zaś ginie z wyniszczenia dzieci ubogich rodziców. *Z.*

Prof. Wassermann i A. Schütze. **Nowy sposób sądowo-lekarski odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej.** (*Berl. klin. Wochschr.* 1901 Nr. 7). Wiadomo, że odróżnienie krwi ludzkiej od zwierzęcej w plamach starych, gdzie krwinki czerwone znacznie się zmieniły lub znikły i nie dostarczają podstawy rozpoznawczej, bywa bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Stąd konieczność nowego sposobu badania, obchodzącego się bez krwinek czerwonych. Bordetowi powiodło się wykazać, że we krwi zwierząt jednego gatunku pod wpływem wstrzykiwań surowicy zwierząt drugiego gatunku tworzą się substancye, które wywołują zlepianie się (aglutyniny) oraz rozpuszczenie się (hemolizyny) krwinek tego drugiego gatunku. Substancye te są swoiste, t. j. działają tylko na krwinki jednego gatunku zwierząt, mianowicie tego, z którego pochodziła pierwsza surowica. Tsistowitsch, Bordet i inni wykazali następnie, że wstrzykiwanie surowicy jednego gatunku zwierząt innemu gatunkowi wywołuje wytwarzanie się substancyi, strącających białko w surowicy owego pierwszego gatunku, t. zw. precypitynów. I te substancye również są swoiste. Do zastosowania praktycznego tych odkryć pozostawał już krok tylko jeden, t. j. stwierdzenie, czy zjawisko to występuje także w krwi zasuszonej i zmienionej tak, że w niej ciałek czerwonych wykazać nie można. Autorowie zbadali w tym kierunku krew ludzką i 23 gatunków zwierząt i przekonali się, że surowica królików, którym wstrzykiwano surowicę ludzką, zawiera precypityny, działające swoiście, t. j. strącające białko tylko w surowicy, względnie w popłóczynach plam krwi ludzkiej (w małym stopniu także w małpiej, co jednak w praktyce sądowej znaczenia niema). W praktyce zalecają autorowie następujące postępowanie: królikowi wstrzykuje się przez 5—6 dni podskórnie po 8 do 10 ctm. surowicy ludzkiej (uzyskanej z krwi z baniek ciętych), po dalszych 6 dniach zbiera się surowicę (przechowując ją w lodowni, gdzie utrzymuje swe własności do dwóch tygodni). Badaną plamę krwawą wymywa się w 0·6% NaCl, popłóczyny przesącza się, do jednej połowy ich dodaje się $1/2$ cm. sześć. surowicy królika swoistej, do drugiej takąż ilość surowicy królika normalnego, (któremu nie wstrzykiwano surowicy ludzkiej); wreszcie w trzeciej próbówce mięsza się $1/2$ cm. swoistej surowicy królika z surowicą dowolnego zwierzęcia i wszystkie trzy próbówki umieszcza w ciepłocie 37° C. Jeżeli plama pochodziła z krwi ludzkiej, wytwarza się w odpowiedniej próbówce (zawierającej popłóczyny plamy z surowicą swoistą) po $1/2$—1 godzinie strąt; ciecz w obu innych próbówkach wcale się nie mąci. *C.*

Jeż i Kluk-Kluczycki (Wiedeń). **W sprawie leczenia duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym.** (*Wiener klin. Wochs.*, Nr. 4, 1901). Trudno podać w krótkiem streszczeniu cały skomplikowany sposób pozyskania tego nowego, wiele obiecującego, przetworu leczniczego. Wyciąg Jeża przedstawia się jako płyn ciemno-żółtawy, oddziałujący alkalicznie, lekko opalizujący. Według ciężkości przypadku durowego wyciąg ten bywa podawany w ilości 1 łyżki stołowej co 1 do 2 godzin, aż do pojawienia się pierwszego zelżenia (remissyi) choroby, od której to chwili chory otrzymuje co 3 godziny 1 łyżkę stołową; skoro ciepłota ranna nie przekracza już 38°, podaje się tylko 3 łyżki dziennie. Zazwyczaj po 3 dniach takiego postępowania ciepłota ranna nie podnosi się ponad 30°, — ilość więc użytego wyciągu przeciwdurowego wynosi 400—500 grm. Z uwagi, że wszystkie tego rodzaju przetwory stosowano dotychczas podskórnie, a ten wyciąg bywa podawany przez usta, to z tego względu przewyższa on inne podobne leki, gdyż tą drogą unika się wielu, nieprzyjemnych czasem powikłań. Na podstawie dotychczasowych badań, dokonanych na całym szeregu chorych durowych, doszli autorowie do następujących wyników: *a)* wyciąg przeciwdu-

rowy Jeża jest przetworem leczniczym, działającym swoiście i korzystnie tylko w durze brzusznym. *b)* Jest środkiem zupełnie nieszkodliwym, albowiem może być podawany w wysokich nawet dawkach, nie wywołując szkodliwych następstw. *c)* Przetwór ten jest środkiem pomocniczym, a nawet rozstrzygającym przy rozpoznaniu różniczkowem. *d)* Bez przerwy podawany w durze brzusznym obniża ciepłotę ciała i wzmacnia tętno, skraca czas trwania choroby, zmniejsza lub też zupełnie zobojętnia działanie jadu durowego. *e)* Podawany przez usta nie wywołuje takich następstw, jakie czasem pojawiają się po stósowaniu podskórnem. *Dr. Henryk Pisek.*

Chr. Feuger. **Zabiegi operacyjne zachowawcze wobec zatrzymania się moczu z powodu zwężeń i zastawek w przebiegu moczowodu.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 62. Z. III). Szczegółami, zaznaczonymi w samym tytule, wyklucza autor cały szereg operacyj, dokonywanych z powodu kamicy nerkowej, a względnie tylko te zabiegi, którymi starano się zadziałać na samą przyczynę cierpienia bezpośrednio. Zabiegi, jakie dotychczas w tym celu stosowano, były różne, zależnie od umiejscowienia przeszkody. I) Przeszkoda (czy to w formie zwężeń, czy też zastawek) umiejscowioną być może w kielichach, względnie w jednej z początkowych gałązek moczowodu, następstwem może być częściwa *cystonephrosis.* Wskazanem jest wówczas całkowite przecięcie nerki, poprzerywanie ścian pomiędzy pojedynczemi jamkami i zapewnienie swobodnego odpływu do miedniczki. Gdyby się udało odnaleźć jakieś zwężenie lub zastawkę w początku moczowodu, trzebaby dodać jednę z poważnych operacyj. Dotychczas wykonano jedną tylko taką operacyę (Feuger). II) Zwężenie lub zastawkę znaleźć można w miejscu wyjścia moczowodu z miedniczki. Wskazana operacya wytwórcza: *a)* wewnątrz-miedniczkowa lub *b)* zewnątrz-miedniczkowa, albo *c)* wszczepienie moczowodu w odpowiedniejsze miejsce miedniczki, lub też *d)* zmniejszenie rozszerzonej miedniczki. Operacya *a)* i *b)* polega na podłużnem nacięciu miejsca zastawki, czy też zwężenia i następnem zeszyciu poprzecznem. Można ją wykonać, tnąc od wewnątrz, po poprzedniem rozcięciu (sekcyjnem) nerki *(operatio transpelvica)*; jest to jedna z najstarszych operacyi, wykonano ją dotychczas 9 razy; lub też operować można, przecinając przeszkodę od zewnątrz *(oper. extrapelvica).* Tę ostatnią modyfikacyę wykonano 11 razy. — Względnie często, gdyż 6 razy, wycinano część zwężoną moczowodu i wszczepiano go w nowe miejsce miedniczki, *urethero-pyelo-neostomia* Küstera. Operacya *d), pyeloplicatio* Israela lub *espitonnage* Albarzana, jest tam wskazaną, gdzie utrudnienie odpływu moczu z miedniczki istnieje skutkiem wytworzenia się zastawki, spowodowanej skośnem wpadaniem moczowodu do miedniczki. Fałdując rozszerzone, ściany miedniczki, lub wycinając ich część, poprawić można wzajemny stosunek tych dwóch części składowych dróg moczowych. III) Moczowód w swej drodze ku pęcherzowi może uledz zaciśnięciu od zewnątrz, lub w ścianach jego istnieć może blizna, powodująca zwężenie. W pierwszym przypadku wykonał Rafin „uretherolitorthosis“, t. j. porozrywanie i poprzecinanie zrostów zaciskających, przesuwających i załamujących moczowód, w drugim razie wskazaną jest operacya wytwórcza (podłużne nacięcie i poprzeczne zeszycie), poraz pierwszy wykonana przez Feugera.

Ogółem wykonano dotychczas podobnych operacyj 30. Z operowanych 3 zmarło, żaden jednak skutkiem bezpośrednich następstw operacyi. Dalej wiadomem jest, że tylko w 5 przypadkach nie osiągnięto oczekiwanego wyniku i u 4 pacyentów następowo musiano wyciąć nerkę. W 22 przypadkach osiągnięto wynik dobry. *Herman.*

Jos. Prechtl: **Czy cukier mleczny jest korzystnym dodatkiem do mleka dziecięcego.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 53, I 2 1901). Badania Lehmana i Wróblewskiego wykazały stanowczo, że sernik mleka kobiecego a mleka krowiego nie jest substancyą identyczną; toteż stosunek cukru mlecznego do tych obu rodzajów sernika nie musi być jednaki. Będąc połączony w mleku z fosforanami wapna sernik w mleku znajduje się w rozpuszczeniu, a wszelkie kwasy, które odciągają sernikowi fosforany wapniowe, wywołują jego krzepnięcie. „Baccilus lactis“ Hüppego, znajdujący się prawie we wszystkich stajniach, a więc i w mleku, wywołuje bardzo łatwo kiśnienie mleczne dodanego do mleka cukru mlecznego, przyczem wytwarza się kwas mleczny, który łączy się łatwo z fosforanami wapna, skutkiem czego sernik opada i, w miarę dłuższego działania kwasu, tworzy się coraz zbitsza masa galaretowata, nader trudno rozpuszczalna, której sok żołądkowy strawić nie może. Sernika mleka kobiecego rozcieńczony kwas mleczny nie strąca.

Antor, uważając cukier mleczny, jako dobry podkład do rozwoju bakteryj i pleśni, jakoteż jako środek utrudniający strawność mleka skutkiem zwiększonego wydzielania się wapna, twierdzi, iż dodawanie cukru mlecznego do mleka dzieciom jest dla nich szkodliwe. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Prof. Hansemann. **O zakażeniu się przy sekcyach.** *(Deutsche Aerzteztg.* 1900, Nr. 22 i 23). Niebezpieczeństwo zakażenia się przy sekcyi jest tem mniejsze, im sekcya później po śmierci, im dalej posunięte gnicie zwłok. Wiadomo bowiem, że z chwilą śmierci poczynają mnożyć się w zwłokach bakterye gnilne, głuszące i przerastające drobnoustroje chorobotwórcze, nieraz już po upływie 12—24 godzin. Najłatwiej zakażają się drobne, świeże ranki, zwłaszcza na dłoni. Pod tym względem niebezpieczeństwo przy sekcyi świeżych zwłok równa się prawie temu, jakie zagraża przy operacyi zakażonego chorego. Skaleczenia, odniesione na dobę i więcej przed sekcyą, daleko trudniej stają się wrotami zakażenia, bo powierzchnię ich pokrywają już młode komórki, opierające się bakteryom. Jeżeli zakażenie ranki nastąpiło, a pierwsze objawy zapalne pojawiają się po 6 – 10 godzinach, to należy się spodziewać ciężkiego przebiegu. Zakażenie skaleczeń przy sekcyi przebiega albo w postaci „phlegmone“, łączącej się czasem z zapaleniem naczyń limfatycznych, albo też daje powód do czyraków. Najłatwiej następuje zakażenie ropne przy sekcyi zwłok z zapaleniem ropnem szpiku kostnego, następnie z zakażeniami porodowemi i zapaleniem otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit. Od zwłok można też zakazić się nosacizną, wąglikiem, durem osutkowym i dżumą, a jak się zdaje także płonicą. Natomiast nieznane są przypadki zarażenia się odrą, błonicą, a niepewne — ospą, jakoteż kiłą ze zwłok dłużej leżących. Nadto mogą zwłoki być źródłem zakażenia durem brzusznym, którego prątki mnożą się także i w zwłokach; natomiast nie jest niebezpieczną cholera. Gruźlica daje powód do miejscowych niegroźnych zakażeń (gruzełek trupi), które zresztą są rzadkie, ale uporczywe i leczą się tylko przez wycięcie. *C.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 6 lutego 1901.**

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o liście Dr. Święcickiego, w którym on dziękuje za przesłanie listu kondolencyjnego do familii, pozostałej po śp. Dr. Kohlerze.

Następnie odczytuje przewodniczący pismo Akademii Umiejętności w Krakowie (z dnia 22 stycznia 1901 do L 379) do Towarzystwa lekarskiego, w sprawie wyboru delegata do komisyi, oceniającej pracę p. t. »Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń,« nadesłaną do Akademii z powodu rozpisanego konkursu im bł. p. Warschauera i oznajmia, że komitet na delegata uprosił kol. prof. Jakubowskiego. Uchwalono.

III. Następnie kol. Gliński imieniem komisyi dla uczczenia ś p kolegi Kostaneckiego odczytuje wnioski komisyi w tej sprawie. Wnioski te wraz z listą dotychczasowych wkładek wydrukuje »Przegląd lekarski.« Uchwalono jednomyślnie.

IV. Przewodniczący podaje do wiadomości uchwałę komitetu, by nowozawiązanemu Towarzystwu Samopomocy lekarzy przesłać »Szczęść Boże.« Uchwalono jednomyślnie.

Z powodu nastąpić mającego otwarcia wodociągów krakowskich w najbliższym czasie, komitet uchwalił zaprosić p inżyniera Ingardena do wygłoszenia odczytu w Towarzystwie lekarskim o wodociągu krakowskim, na co ten już się zgodził. Odczyt odbędzie się 20 lutego, a w następnym dniu proponowaną jest wycieczka na Bielany, w celu zwiedzenia urządzenia wodociągowego, zakończona po powrocie ku uczczeniu radcy p. Ingardena wspólnem śniadaniem. Urządzeniem wycieczki przyobiecali zająć się kol. doc Raczyński i kol. prof. Nowak Uchwalono jednomyślnie.

Na członków Towarzystwa lekarskiego przyjęto kolegów: Adama Ackermanna, Arnolda Banneta i Antoniego Schudmaka z Krakowa.

V. Kol Gliński demonstruje preparaty anatomo-patologiczne, a mianowicie:

1) Okaz złośliwego nowotworu pozaotrzewnowego, usuniętego operacyjnie przez Doc. Rutkowskiego. Nowotwór wzrastał bardzo szybko i utworzył guz uszypułowany kształtu owalnego, o powierzchni gładkiej, ważący 3 kilogr. 210 gram., częściowo pozrastany z trzewami jamy brzusznej. Już makroskopowo guz ten okazuje niejednostajne wejrzenie; prawie cały ten nowotwór jest dość miękki, sprężysty, obok tego jednakże znajdują się partye twardsze, zbitsze, wyraźnie włókniste; unaczynienie guza również już makroskopowo wydaje się niejednostajne.

Badanie drobnowidowe skrawków, wziętych z różnych miejsc tego guza, wykazało, iż jest on niejednostajnie, wogóle jednak obficie unaczyniony, składa się z tkanki śluzakowej, tkanki łącznej włóknistej, głównie zaś przedstawia utkanie mięsaka o komórkach wielokształtnych. Obok tego guza znaleziono przy operacyi drugi, leżący również pozaotrzewnowo guz mniejszy (wagi 200 gramów) o powierzchni nierównej, guzowatej, zrośnięty z nerką i okazujący pod drobnowidem, podobnie jak guz pierwszy, obraz Myxofibrosarcoma. Jako punkt wyjścia nowotworu w danym przypadku uważa prelegent powięź przykręgosłupową, względnie tkankę łączną pozatrzewnową. W dalszym ciągu zwraca prelegent uwagę na rzadkość mięsaków pozaotrzewnowych, oraz na ich złośliwość, cechującą się nadzwyczaj szybkim wzrostem, skłonnością do tworzenia przerzutów w najrozmaitszych narządach, wreszcie rychło występującem charłactwem nowotworowem: śmierć następuje zwykle w 3—6 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów nowotworu.

2) Okaz naczyniomięsaka (angiosarcoma, perithelioma), nerki, usuniętej operacyjnie, również przez Doc. Rutkowskiego. Nowotwór ten utworzył na nerce 2 guzy — jeden wielkości cytryny, drugi orzecha tureckiego, od miąższa nerki dość ostro odgraniczone; guzy te są dość miękkie, na rozkroju niejednostajnie zabarwione i przypominające do pewnego stopnia swem wejrzeniem budowę zrazikową. Badanie drobnowidowe (prelegent przedstawia odpowiednie obrazy pod mikroskopem) wykazało, iż nowotwór ten składa się z całego szeregu wązkich naczyń krwionośnych, już to próżnych, już też wypełnionych krwią; naczynia te są otoczone płaszczami komórkowymi; komórki są duże, podobne zupełnie do nabłonkowych, już to cylindryczne, już też więcej wieloboczne i grupują się palisadowato dookoła światła naczyń; wyścielający warstwę wewnętrzną naczyń śródbłonek zmian nie okazuje; między tym śródbłonkiem, a wyżej opisanemi komórkami znajduje się warstwa tkanki łącznej; w ten sposób powstały twory, zbliżające się swym kształtem do kosmków jelitowych: twory te są miejscami silnie obok siebie skupione, miejscami zaś oddzielone wolnemi przestrzeniami, w których tu i owdzie spotyka się wynaczyniona krew. Dalej w obrębie nowotworu widoczne są rozległe zmiany szkliste, zajmujące głównie ściany naczyń i tkankę łączną; miejscami również i krew w naczyniach uległa zmianie szklistej. W końcu zwraca prelegent uwagę na okoliczność, iż pojawianie się tych zresztą bardzo rzadkich w nerkach nowotworów stawiano w związku przyczynowym z urazami, po których występowała jako pierwszy objaw sprawy chorobowej krew w moczu, co i w danym przypadku miało miejsce; zdaniem prelegenta uraz w tych przypadkach mógł co najwyżej pobudzić już istniejący nowotwór do szybszego wzrostu, występujące zaś po raz pierwszy po urazie krwawienie przemawiałoby właśnie za istnieniem już nowotworu: nowowytworzone naczynia są bardzo kruche i ztąd łatwo pękają, tembardziej po urazie.

3) Okaz bąblowca w mięśniu sercowym. Pasorzyt usadowił się tutaj w obrębie serca lewego, a mianowicie na pograniczu komory i przedsionka w okolicy ujścia żylnego, tworząc guz kształtu okrągłego, wielkości jaja kurzego, zajmujący częściowo ściany komory i przedsionka i wypuklający je do światła; pasorzyt tutaj musiał się usadowić już bardzo dawno, gdyż obumarł, uległ następnie zwapnieniu, wreszcie zaś nastąpiło rozmiękczenie, tak że obecnie już tylko ściany są jeszcze częściowo zwapniałe, cała jama zaś wypełniona jednolitą gęstą masą podobną do zlasowanego wapna. Mimo istnienia oddawna pasorzyta i mimo jednoczesnej niedomykalności zastawki dwudzielnej osobnik, ze zwłok którego pochodzi przedstawiony okaz, dożył 88 lat. Za życia o nieprawidłowym stanie mięśnia sercowego świadczyła wybitna, stale utrzymująca się niemiarowość tętna. (*Streszczenie własne*).

VI. Kol. Rutkowski przedstawia stronę kliniczną 2 przypadków, demonstrowanych przez kol. Glińskiego.

1) Mężczyzna 30-letni spadł z konia przed 4 laty na bok lewy. Po upadku pojawiła się krew w moczu. Krew po 6 dniach zniknęła, odtąd jednak pojawiała się w różnych odstępach czasu, w coraz jednak większej ilości. Badanie, oprócz tkliwości w okolicy nerki lewej, ciałek czerwonych krwi i skrzepów krwawych w postaci odlewów moczowodu, w moczu nic zresztą nie wykazywało. Badanie cystoskopem stwierdziło pochodzenie krwi z nerki lewej. Nerkę wycięto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

2) Kobieta lat 36, przed 8 tygodniami spostrzegła guz wielkości pięści w okolicy talerza biodrowego prawego. Przed 5 tygodniami wystąpiły dreszcze, gorączka dochodząca do 39°, wzdęcie brzucha. Stan ten utrzymywał się do operacyi. Badanie wykazało: prawa połowa brzucha znacznie wysklepiona przez guz elastyczny, gładki, sięgający od łuku żebrowego prawego na dłoń powyżej spojenia łonowego, przekraczający na 2 palce linię środkową ku stronie lewej i wypuklający okolicę lędźwiową prawą. Guz jest bardzo mało ruchomy i nie stoi w związku z częściami rodnemi. Operacya zapomocą cięcia brzusznego w linii środkowej przedstawiała z powodu silnych zrostów z jelitami i kiszką dość znaczne trudności. Przy wyłuszczaniu podstawy guza, zajmującej przestrzeń między kręgosłupem a nerką prawą musiano nerkę prawą z powodu silnego zrostu resekować. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, prawidłowy.

3) Kol. Rutkowski przedstawia kamień nerkowy, wyjęty przez cięcie nerki u kobiety 62-letniej. Kamień przedstawia dokładny odlew miedniczek nerkowych i początku moczowodu.

VII. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia:

1) Okaz tętniaka opuszki i części wstępującej tętnicy głównej, pochodzący z 47 let. mężczyzny, zmarłego na oddziele I B. szp. św. Łazarza (PS. 12/1901). Tętniak, mierzący w średnicy około 15—17 ctm. wychodził z lewej strony przedniej ściany tętnicy, z którą połączony jest otworem średnicy około 10 ctm.: zaczynającym się u dołu tuż po nad zastawkami tętnicy głównej, a kończącym na 4 ctm. poniżej odejścia pnia bezimiennego. Tętniak ten rozwijał się głównie ku przodowi i stronie lewej, zajmując przednio-wewnętrzną część jamy opłucnej lewej, część górną śródpiersia przedniego i worka osierdziowego, przyczem spychał płuco lewe ku tyłowi i zewnątrz, początek tętnicy płucnej i całe serce znacznie ku dołowi, na tchawicę, oskrzela, przełyk nie wywierając bezpośrednio większego wpływu. Ku przodowi dociera tętniak do 4—5 lewego żebra, wywołując w nich ubytek (uzurę) o średnicy 6 ctm., odległy brzegiem wewnętrznym od lewego brzegu mostka o 4 ctm. i wypuklając się pod mięśnie lewej połowy klatki piersiowej. Ściana tętniaka w tem miejscu jest dość gruba, wysłana niezbyt znacznym pokładem skrzepów warstwowych, (zresztą w tętniaku znajdowały się wiotkie skrzepy pośmiertne). Tętniak zrosły jest z żebrami w otoczeniu wspomnianego ubytku, z przednią krawędzią płuca lewego, z górną częścią worka osierdziowego, z prawą tylną częścią worka osierdziowego, z prawą tylną częścią ściany tętnicy płucnej, a częściowo z tylną ścianą komórki i przedsionka prawego.

Najciekawszym szczegółem okazu są zmiany, wywołane przez tętniak w obu ujściach tętniczych. Są one przez tętniak tak rozciągnięte, że lewe w linii zastawek mierzy w obwodzie 9 ctm., prawe zaś przeszło 10 ctm. Zastawki półksiężycowe są znacznie rozciągnięte w kierunku wolnego swego brzegu i oczywiście niedomykalne; w prawem ujściu tętniczem zmiana jest nawet tak wielką, że krańcowe punkta przyczepienia zastawki prawej są odsunięte od krańcowych punktów zastawek sąsiednich o przeszło $^1/_2$ ctm. Obie połowy serca są bardzo znacznie rozszerzone i przerosłe, wyjątek potwierdzający regułę, że tętniaki same przez się nie wywołują przerostu serca. W danym bowiem przypadku przerost jest następstwem niedomykalności obu ujść, wywołanej niejako przypadkiem tylko przez działanie tętniaka, dzięki szczególnemu jego usadowieniu.

W tętnicy głównej mierna miażdżyca; w tętnicy płucnej (w części zrosłej z tętniakiem) wybitna miażdżyca. Zresztą w narządach ustroju prócz przekrwień biernych, (jako następstw stanu serca) zmian nie było.

Ze szczegółów klinicznych wiadomo kol. C. tylko, że denat przebywał kiłę i że rozpoznanie wahało się z początku między tętniakiem opuszki i części wstępującej; później ustalono to ostatnie, które sekcya w zupełności potwierdza.

2) Okaz wielokrotnych wrzodów żołądka (pochodzący z 25 let. hutnika, zmarłego na oddziele I B. PS. 56/1901), z których jeden przez nadżarcie tętnicy śledzionowej i tętnicy wieńcowej górnej lewej żołądka wywołał olbrzymi, zabójczy krwotok. Wrzód, z którego nastąpił krwotok, usadowił się na ścianie tylnej, blisko krzywizny małej, nieco bliżej wpustu, niż odźwiernika. Wrzód ten ma kształt podługowaty, osią dłuższą (5 ctm.) stoi prostopadle do osi żołądka, w osi krótszej mierzy $2^1/_2$ ctm. Brzegi wrzodu zabliźnione, podminowane na $1^1/_2$ do $2^1/_2$ ctm., gdyż wrzód sięga poza ścianę żołądka pomiędzy zrosty, łączące go z dolną powierzchnią lewego płatu wątroby. W dnie wrzodu dwie ziejące tętnice: mniejsza jest t. wieńcową, większa okazuje się blizko swego początku nadżartą t. śledzionową. W żołądku, przedstawiającym zmiany nieżytowe przewlekłe, znajdują się jeszcze 2 wrzody zabliźnione; jeden powierzchowny, wielkości grochu, na ścianie tylnej pod wrzodem dużym; drugi nieco głębszy, sięgający już w warstwę

mięsną, wielkości i kształtu fasoli, leży w samym odźwierniku. Dodać należy, że w części wpustowej przełyku znajdowało się kilka podłużnych nadżerek krwawych.

Dla porównania wreszcie 3) okaz żołądka, pochodzący z 77 let starca (PS. 64/1901) w którym znajdują się tuż pod wpustem 2 wrzody okrągłe; jeden, przypominający wielkością i kształtem największy wrzód z poprzedniego okazu, ale o dnie zupełnie zabliźnionem; drugi mniejszy i płytszy, również zabliźniony, o 4 ctm dalej w kierunku odźwiernika. Przyczyną śmierci w tym przypadku był uwiąd starczy. (*Streszczenie własne*).

VIII. Kol. Doc. Baurowicz okazuje 1) trzy modele kompresów »Thermophor« w rozmiarach 6×35 ctm., jako kompres na całą szyję, dalej w rozmiarach 8×20 i 11×8, mające służyć na jedną stronę szyi, względnie okolicę podszczękową lub krtań, wreszcie ostatni jako kompres na ucho. a także ewentualnie i na szyję, jeżeli rozmiary jego będą wystarczające. Kompresy te sporządzone przez firmę Russbacher et Comp. w Wiedniu, są z gumy napełnione solą barową, która przez zagotowanie przez czas dokładnie na każdym kompresie oznaczony przechodzi w stan ciekły, by następnie z powrotem krystalizując wytwarzać ciepło, które, jak w okazanych rozmiarach kompresów, utrzymuje się przez dwie i trzy godziny. Prelegent, nie wdając się w ocenę wskazań do stosowania w leczeniu ciepła lub przeciwnie zimna, temat bardzo interesujący, przechodzi krytycznie wartość okładów rozgrzewających, do których i okłady pomysłu aptekarza Liefèvra należą, przychyla się do stosowania ciepła suchego, któremu i okłady z makuch siemienia lnianego nie całkiem czynią zadość, przyrządy zaś Leitera pod wieloma względami są niedogodne. Wszystkie ujemne strony dotychczasowych sposobów stosowania okładów ciepłych, uchylają okłady termoforowe, które prelegent, wypróbowawszy w praktyce prywatnej, gorąco do ogólnego zastosowania kolegom zaleca. Cena termoforów nie jest zbyt wysoką, a w użyciu dla chorego są one tak wygodne i praktyczne, że niewątpliwie chorzy chętnie okładów tych wkrótce wyłącznie używać będą.

W dyskusyi kol. prof. Baurowicz, kol. Brudzewski i kol. J Landau uznają wielkie zalety termoforów, które, jak to ostatni zwraca uwagę, i w szpitalach dla uproszczenia czynności służby szpitalnej powinno znaleść zastósowanie.

Kol. Doc. Baurowicz 2) okazał następnie plwociny z przypadku *Bronch. fibr. chron*, dotyczącego młodego mężczyzny; cierpienie to trwa od kilku lat, sprawia choremu oprócz, jak się chory sam wyraża, „krótkiego oddechu" od czasu do czasu mierne pobudzenie do kaszlu, przyczem co pewien czas wykrztusza chory z łatwością odlewy z oskrzeli. Jak z okazanego odlewu widać, przedstawia on się jako rzadki okaz wielokrotnych rozgałęzień aż do najcieńszych niteczek.

Plwociny te oddał prelegent obecnemu na posiedzeniu kol. Doc. Korczyńskiemu dla muzeum kliniki lekarskiej radcy dworu prof. Korczyńskiego

Wreszcie kol. Doc. Baurowicz 3) wspomina w kilku słowach o nowym antyseptyku »Bacillolu,« którego dla tych samych własności, co posiada lyzol, próbował również w roztworze $^1/_2{}^0/_0$ do odkażania i zapobiegania pokrywaniu się parą lusterek, służących do badania krtani i jamy nosowo-gardłowej; środek ten uznaje pod względem chemicznym za czyściejszy i bezwarunkowo trwalszy aniżeli lyzol; roztwór $^1/_2{}^0/_0$ jednak, z powodu nieprzyjemnego posmaku, na który często chorzy zwracali uwagę, okazał się za mocny, natomiast w rozczynie $^1/_4{}^0/_0$ może być »Bacillol,« do tego samego celu użyty, co i lyzol. (*Streszczenie własne*).

IX. Kol. Żydłowicz wygłosił odczyt na temat: »Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał najpierw głos kol Borzęcki. Zdaniem jego należy już młodzież starszą szkół średnich pouczyć i zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo, na jakie się naraża, odwiedzając domy publiczne. Zdarzało mu się bowiem nieraz spotkać uczniów z cierpieniami wenerycznemi, a głównie ma na myśli kiłę, którzy nie mieli pojęcia o istnieniu chorób wenerycznych; on sam dopiero na pierwszym roku medycyny dowiedział się, że takie choroby wogóle istnieją. Takie wykłady mogłyby szerzeniu się chorób wenerycznych do pewnego stopnia zapobiedz; przypadki uwiądu rdzenia, którą to chorobę uważa kol. Borzęcki, jako stojącą w niewątpliwym związku przyczynowym z zakażeniem kiłowem, nie przydarzałyby się tak często w młodym stosunkowo wieku. Również oświadcza się za urządzeniem odczytu o samogwałcie i szkodliwych jego skutkach.

Podobnie kol. Reiss jest za urządzeniem odczytów o chorobach wenerycznych dla młodzieży szkół średnich; w ostatnim kwartale z. r leczyło się u niego aż 4-ch młodzieńców ze szkół średnich na kiłę i ci nie mieli pojęcia, że choroby weneryczne istnieją. W odczytach takich powinno się zaznaczyć, że istnieją przypadki zakażenia jadem kiłowym drogą pozapłciową, aby młodzież o tem wiedziała i mogła się do wskazówek zapobiegawczych zastósować. Opisuje przy tej sposobności dwa przypadki z własnej praktyki zakażenia drogą pozapłciową.

Kol. Jan Landau oświadcza, że wywody kolegów specyalistów, jakkolwiek bardzo zajmujące, nie zadowolniły go, gdyż nie mamy konkretnych podstaw co do częstości pojawiania się chorób wenerycznych u młodzieży szkolnej, jak to słusznie podniósł kol Żydłowicz w swym odczycie. Prosi tedy kolegę przewodniczącego, ażeby był łaskaw wezwać tych kolegów, którzy się podjęli badania dzieci szkół ludowych pod względem zdrowotnym, ażeby badania te rozszerzyli także na młodzież szkół średnich. Co się tyczy wykładów dla młodzieży szkół średnich. to należałoby przedewszystkiem ogłosić wykłady takie na uniwersytecie (publiczne), przystępne dla młodzieży akademickiej, gdyż tu niebezpieczeństwo groźniejsze. Wykłady dla młodzieży uniwersyteckiej o chorobach wenerycznych odbywają się od dłuższego czasu na uniwersytecie berlińskim i mogą wpłynąć na zmniejszenie się liczby zakażeń. Wykłady dla dzieci o samogwałcie tak długo będą bezcelowe, jak długo opiekunowie i nauczyciele nie będą pouczeni o sposobach i niebezpieczeństwach samogwałtu. Świadczy o tem przytoczony świeżo przez Hirscha w Berlinie fakt, że badając w obecności nauczyciela dzieci zgromadzone w szkole, zwrócił uwagę nauczyciela na dziecko, wykonujące w jego obecności samogwałt. Nauczyciel nie wiedział, że to samogwałt i jak niebezpiecznym jest dla wieku dziecięcego Należałoby zatem przedewszystkiem wykłady takie ogłosić dla nauczycieli. (*Streszczenie własne*).

Kol. Schwarz sądzi, że wykłady takie rozminęłyby się zupełnie z celem i nie przyniosłyby młodzieży najmniejszego pożytku, w czem zgadza się w zupełności z prelegentem. Jako lekarz policyjny zdaje sobie dokładnie sprawę z prostytucyi, która była, jest i będzie zawsze, a tylko dążyć należy wszelkiemi siłami do uregulowania sprawy prostytucyi i to nietylko publicznej Należy rozciągnąć mianowicie ścisłą kontrolę nad prostytucyą tajną, która o wiele niebezpieczniejszą jest dla młodzieży, aniżeli ta pierwsza.

Kol. Hermann Hirsch omawia sprawę wykładów o samogwałcie; zdaniem jego samogwałt nie wpływa znów tak bardzo niekorzystnie na ustrój, zwłaszcza, gdy nie wykonuje się go często. Jest przeciwny wykładom w tej materyi, gdyż nietylko że nie przyniosą najmniejszego pożytku, ale przeciwnie zaszkodzić nawet mogą ustrojowi. Wystąpi mianowicie u młodzieży depresya, z powodu rzekomych zatrważających następstw, które w rzeczywistości nie są tak groźne; sam ma w leczeniu pacyenta, który przyznał się mu, że od 20 lat oddaje się samogwałtowi, a nie wiele odbiło się to na jego ustroju Co do propozycyi kol prof. Reissa, by w wykładach pouczono młodzież, że kiłą zakazić się można nietylko przez spółkowanie, ale i drogą pozapłciową, to jak długo przepisy o higienie publicznej nie będą unormowane i w życie wprowadzone, odczyty takie od zakażenia pozapłciowego nie uchronią.

Kol Nartowski sprzeciwia się również wykładom o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla młodzieży szkolnej, jak bowiem prace naukowe w tym kierunku wykazują, to młodzieniec, oddający się samogwałtowi, jest psychicznie chorym, jako takiemu zaś, najmniejsza pobudka umysłowa, choćby w formie wykładu o samogwałcie, jest dostateczną do wywołania podniety psychicznej, przy której rozbudzeniu siła woli słabnie do najwyższego stopnia. Samogwałt należy uważać za właściwą nerwicę mózgową; ludzi zaś oddających się onanii za podległych ogólnej niemocy nerwowej, którym nie pomogą wykłady, ale pomoc lekarza. Samogwałt występuje przeważnie u ludzi, obciążonych dziedzicznie chorobami układu nerwowego i prędzej czy później prowadzi do ogłupienia, ciężkich nerwic i zboczeń umysłowych. Niezależnie od spraw mózgowych występuje jedynie w następstwie 1) stulejki, 2) zapalenia żołędzi, 3) pasorzytów pochwy lub odbytnicy, 4) chorób skórnych w obrębie części rodnych.

Co się tyczy twierdzenia kolegi Hirscha, że samogwałt nie wywołuje tak bardzo szkodliwych następstw, to kol. Nartowski zaznacza, że to jest możliwe, ale jedynie u osób nieobciążonych dziedzicznie,

gdzie niema tła psychopatycznego, gdzie samogwałt odnosi się do czasu rozwoju płciowego We wszystkich innych przypadkach, z wyjątkiem, gdzie jest objawem jedynie chorobowym, zatem nerwicą zwrotną, jest bezwarunkowo cierpieniem psychicznem i jeżeli tylko trwa dłużej, grozi stanowczo nerwicą lub nawet chorobą umysłową, otwierając prędzej czy później wrota do domu obłąkanych *(Streszczenie własne).*

Kol. Baurowicz zgadza się zupełnie z zapatrywaniami prelegenta, twierdząc, że podobne odczyty wywrą wprost zgubny skutek, gdyż ci, co o samogwałcie nie mieli pojęcia, dopiero z wykładu o nim się dowiedzą i zaczną się go dopuszczać. Sprawę tę powinno się zostawić lekarzom szkolnym, którzy od przypadku do przypadku podejmą się skutecznej interwencyi, a i wpływ duchowieństwa może tu być nie mało pomocnym. Ta interwencya wspomnianych czynników, podjęta w cztery oczy, będzie miała i tę dodatnią stronę, że nie będzie narażać uczuć etycznych młodych chłopaków. Oświadcza się natomiast za zdaniem kolegi Landaua, aby urządzać publiczne kursa dla młodzieży uniwersyteckiej. Nie przeczy, że młodzież gimnazyalna bardzoby chętnie na takie wykłady uczęszczała; czy jednak władze szkolne i rodzice na coś podobnego się zgodzą, to jeszcze wielkie pytanie.

Kol. Bier oświadcza, że dyskusya na ten temat jest przedwczesną, gdyż sprawę tę omówi się w towarzystwie higienicznem, gdzie się zejdą lekarze, pedagodzy i rodzice. Sam przychyla się do urządzenia wykładów, ale nie dla młodzieży szkolnej, bo by to było trochę zawcześnie, — tylko dla młodzieży uniwersyteckiej.

Kol. Gwiazdomorski czyni wniosek, aby z łona Tow. lek. wysadzono komisyę, któraby, po dokładnem zbadaniu tej sprawy, zdanie swe Towarzystwu lekarskiemu podała.

Kol. Ciechanowski przyłączając się do tego wniosku zwraca się z zapytaniem do kol. Biera, kiedy wreszcie Towarzystwo higieniczne przyjdzie do skutku.

Po zamknięciu dyskusyi na wniosek kol. Reissa, przystąpiono do wyboru komisyi, w skład której weszli koledzy: Reiss, jako przewodniczący, Bier, Borzęcki, Krzyształowicz, Jan Landau, Schwarz i Żydłowicz.

Po wyborze komisyi kol. Baurowicz uczynił wniosek nagły, by komisya ta wstrzymała się z pracą, przekazując ją Towarzystwu higienicznemu, które właśnie na ten temat będzie miało wdzięczne zadanie do spełnienia.

Przewodniczący Komisyi, kol. Reiss, popiera ten wniosek, ale prezes Towarzystwa zwrócił uwagę, że wobec wyboru Komisyi, wniosek kol. Baurowicza jest spóźniony, przeto go uchyla, a Komisyi wybranej należy zostawić decyzyę w tym kierunku.

W końcowem przemówieniu dziękuje prelegent za żywe zainteresowanie się Kolegów sprawą przez niego omawianą i nadmienia, że dyskusya, nawet gdyby się jeszcze przeciągnęła do kilku godzin, niedoprowadziłaby do konkretnych wyników, wobec tego, że zdania co do wartości takich odczytów dla młodzieży gimnazyalnej są podzielone. Za zdaniem prelegenta oświadczyła się poważna większość Kolegów, bo z zabierających głos tylko kol. Borzęcki i kol. prof. Reiss są bezwzględnymi zwolennikami takich wykładów; przyszłość i to może nie zbyt daleka okaże, czy wykłady takie przyjdą do skutku, czy nie; a oprócz lekarzy decydujący głos w tej sprawie mieć będą władze szkolne w porozumieniu z rodzicami i opiekunami młodzieży. Sam prelegent z przyczyn, które wyłuszczył w odczycie, jest stanowczo przeciwny takim wykładom.

Na tem posiedzenie zakończono.

*Dr. Władysław Żydłowicz*, sekretarz doroczny.

## Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Trzecie posiedzenie Wydziału odbyło się 22-go lutego pod przewodnictwem I-go wiceprezesa prof. Trzebickyego. Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo komitetu I-go Zjazdu lekarzy okręgowych w sprawie tychże lekarzy. — Uchwalono w celach agitacyjnych na rzecz Towarzystwa ogłosić jedną odezwę w „Przeglądzie lekarskim“, drugą zaś rozesłać kolegom, którzy dotychczas do Towarzystwa nie przystąpili. Następnie Dr. Walczyński referował przydzielone sobie wnioski: a) Dra Zasackiego w sprawie wykazów szczepienia; b) Chirurga Hellmanna w sprawie partactwa lekarskiego. Uchwalono pierwszy wniosek obszernie motywowany i poparty przez Wydział przekazać Izbie z prośbą o wprowadzenie go o w wykonanie; co do drugiego zażądać od wnioskodawcy bliższych wyjaśniających szczegółów. — Dr. Kohn referował wnioski. a) Kol. Hellmanna, w sprawie obowiązkowego należenia do Towarzystwa; b) Kol. Mikołajskiego, w sprawie Kas strejkowych. W obu wypadkach po dłuższej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie na wywody referenta Dra Kohna. W końcu na wniosek Dra Walczyńskiego wybrano Komisyę z 3 członków, która ma zebrać jak najdokładniejsze daty co do istniejących już Towarzystw lekarskich w Europie i Ameryce, a mających podobne cele, co nasze Towarzystwo. *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

* * *

## VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

*Sekcya chorób wewnętrznych*

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Vidal (Hyères): *O roli, jaką odgrywają opryszczki grypy w zapaleniu płuc i in. chorobach zakaźnych.* Na podstawie spostrzeżeń, zebranych z ostatniej wielkiej epidemii grypy (influenzy), twierdzi prelegent, że opryszczki *(herpes)* są wrotami dla chorobotwórczych drobnoustrojów, wywołujących zakaźne choroby gorączkowe. Z pęcherzyków liszajowych dostają się mikroby w obieg krwi a ztąd do narządów wewnętrznych; — zapatrywanie to da się szczególniej stwierdzić przy pogrypowem zapaleniu płuc.

Gilbert i Garnier (Paryż): *Stan wątroby w niedokrewnościach.* Odpowiednio do różnorodnych postaci niedokrewności znajdujemy różnorodne zmiany w wątrobie. Prelegenci badali histologicznie zmiany, zaszłe w wątrobie królików i psów, u których wywołano sztucznie niedokrewność; zwykle znajdowano rozlane zmiany w komórkach wątrobnych, t. zw. *»tuméfaction transparente«*, — obrzmienia, dochodzące czasem do obumarcia. Niekiedy stwierdzono także i początkowe okresy zmian w komórkach; pierwoszcza była zasiana jasno połyskującemi kuleczkami; stan taki stwierdzono również w wątrobie młodej dziewczyny, zmarłej wskutek plamicy krwotocznej. Wreszcie podają prelegenci, że te zmiany w komórkach wątrobnych, jeśli nie prowadzą do ich obumarcia, nie muszą czynności komórkowych upośledzić.

Karamitsas (Ateny): *O gorączce błotnej, połączonej z hemoglobinuryą.* Należy przyjąć dwie postacie zimnicy bagiennej: z żółtaczką lub bez niej; ostatnia jest częstszą. Wysokie dawki chininy są wprawdzie w stanie wywołać krwawy mocz, w rzeczywistości jednak istnieje odrębna postać zimnicy bagiennej, która powyższym objawem się zaznacza. Prelegent nie może się przychylić do zdania Kocha, że nie należy odnosić hemoglobinuryi do zimnicy bagiennej, albowiem są bagniste okolice, w których nie pojawia się hemoglobinurya, a powtóre, że krew może obfitować w pasorzyty zimnicze, a mimo to brak jest hemoglobinuryi; z drugiej zaś strony może istnieć hemoglobinurya przy nielicznej ilości plasmodyów we krwi. Te dowody nie wytrzymują krytyki, — przy tej chorobie zawsze można znaleźć we krwi pasorzyty.

Pick (Praga): *O gorączce wątrobnej przepuszczającej.* Tem mianem nazwał Charcot objawy, pojawiające się nierzadko w kamicy żółciowej lub przy ucisku przewodu żółciowego przez guzy, albo pęcherze bąblowca, a składające się z dreszczów i podniesionej ciepłoty o tak regularnym typie, że można je wziąć za zimnicę przepuszczającą; żółtaczka lub bolesność mogą i nie być. Rozchodzi się prawdopodobnie o zakażenie dróg żółciowych, przyczem jednak dziwnem się wydaje, że pomimo kilkomiesięcznego czasem trwania silnych napadów zimniczych, nigdy stwierdzić nie można ognisk ropnych w drogach żółciowych, lecz zawsze śluz. Inna okoliczność, zwracająca przy tem cierpieniu na siebie uwagę, jest wydzielanie mocznika. Regnard podał w roku 1872, że ilość mocznika jest zmniejszona w dniach napadów zimniczych. Na tem spostrzeżeniu Regnarda (nie potwierdzonem dotychczas, mimo licznych badań) oparł Charcot zapatrywanie. według którego wątroba ma wytwarzać mocznik. Pick okazuje tablice, z których rzeczywiście widać, że ilość mocznika znacznie opada (do 5 grm.) w dniach napadów dreszczów, atoli odnosi się to także do azotu i amoniaku. Ponieważ jednak zatrzymanie i wycieńczenie dadzą się wykluczyć jako przyczyny, ten objaw wywołujące, przeto należy w każdym razie przyjąć zmniejszone wytwarzanie się mocznika, bądź przez obniżenie całej przemiany azotu.

bądź przez zaburzoną czynność wątroby; w ostatnim przypadku należałoby się spodziewać zwiększenia ilości amoniaku (na zasadzie obecnie przyjętego zapatrywania Schmiedeberg-Schrödera, że sole amoniakalne są przedwstępnemi ciałami mocznika). Z uwagi, że ta okoliczność nie zachodzi, prawdopodobniejszem jest, że produkty przemiany ciał białkowatych zostają do wątroby wprowadzone nie w postaci soli amoniakalnych, łatwo w mocz się dostających, lecz w postaci ciał, przez nerki nieprzechodzących. Za tem zapatrywaniem przemawiają także doświadczenia Picka, które stwierdziły, że po stosowaniu soli amoniakalnych szybko zwiększyła się ilość mocznika.

Vincent (Val-de Grace). *Badania bakteryologiczne i anatomiczne w durze krtaniowym.* Po omówieniu dotychczasowych zapatrywań nad anatomią patologiczną wrzodów krtaniowych, pojawiających się w przebiegu duru brzusznego, opisuje prelegent swe badania histologiczne i bakteryologiczne, wykonane na dotyczącym przypadku chorobowym, zakończonym zejściem niepomyślnem. Mikroskopowo okazał się naciek drobnokomórkowy (Rokitansky) we wszystkich warstwach błony śluzowej i ochrzęstnej, — z drobnoustrojów zaś znaleziono paciorkowce, szczególniej liczne we wrzodach błony śluzowej. Także w drugim pomyślnie przebiegającym przypadku chorobowym szczepienie wykazało paciorkowce. Zmiany więc w krtani nie są wprost wynikiem działania prątków durowych, lecz przypadkowemi powikłaniami, które należy odnieść do zakażenia innymi drobnoustrojami.

Villard (Marsylia). *Leczenie zapaleń płuc grypowych.* Autor zebrał 300 spostrzeżeń w ciągu trzech lat. Na szczycie choroby, w chwili gdy pojawiają się objawy zatrucia jadami, stosuje prelegent następujące kombinowane zabiegi: 1) upust 200—300 grm. krwi nawet u osób starszych, u osobników zaś silnych można go powtórzyć 2 lub 3 razy. 2) Bezpośrednio po tem podskórne wstrzykiwania sztucznej wyjałowionej surowicy (według Hayema), dziennie 2 lub 3 razy w ilości 100—150 grm.; — osięga się doszczętne przepłókanie krwi i tkanek, usunąwszy poprzednio jad przez upust krwi. 3) Zimne zawijania klatki piersiowej co 3 godziny. Przy tem postępowaniu wynosiła śmiertelność 10%.

Boinet (Paryż). *Zaburzenia nerwowe przyrody zimniczej.*

De Dominicis (Neapol). *Doświadczalne zakażenia śledziony.* W celu zbadania chorób zakaźnych, biorących swój początek ze śledziony, przeszczepił prelegent śledzionę z jamy brzusznej psów, przy całkowitem utrzymaniu związku naczyń krwionośnych i wstrzyknął do niej hodowle z lasecznika okrężnicowego, prątka durowego i t. d.; — 8—10 ctm³ działały zabójczo po 5—8 godz., wyższe dawki, wstrzyknięte do krwi, wywoływały ten sam skutek, niższe działały uodparniająco na krótki czas.

Dyskusya: Widal nie spostrzegał żadnych skutków u świnek morskich po zastrzyknięciu do śledziony jadowitych hodowli.

Béclère (Paryż). *Patogeneza zapalenia opłucnej tętniącego.* Prelegent wyjaśnia, w jaki sposób należy tłómaczyć powstanie t. zw. tętniącego zapalenia opłucnej, przy którem uderzenia serca przenoszą się przez płyn wysiękowy na ściany klatki piersiowej. Podobne zjawisko występuje tylko przy lewostronnem zapaleniu opłucnej pochodzenia gruźliczego, prowadzącem zawsze do ropienia, połączonem często z następowem przedziurawieniem płuca i odmą piersiową. Cierpienie samo przez się rozwija się powoli; — płyn silnie uciska lewe płuco i znacznie przesuwa serce, nie zagrażając atoli życiu. Powstanie tętnienia należy w ten sposób rozumieć: wskutek powiększenia się ilości płynu ropnego opór prawej, włóknisto zgrubiałej ściany śródpiersia staje się większy od oporu lewych przestworów międzyżebrowych, ku którym też serce bywa popychane przy każdym skurczu. Na udowodnienie tej teoryi przytacza prelegent doświadczenia, poczynione na zwłokach, obrazy radyoskopijne i jeden przypadek chorobowy z lejkowatą klatką piersiową.

*(Ciąg dalszy nastąpi).*

## VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

### III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich,

odbędzie się w Pradze podczas Zielonych Świąt, od 25 do 29 maja włącznie, 1901 r.

W myśl ustawy (§. 10) Zjazdów lek. i przyrodn. czeskich, „uczestnicy innych nardodowości mogą brać udział bądź jako goście. bądź też jako członkowie rzeczywiści, którym przysługuje prawo do wygłaszania w swoim języku ojczystym odczytów, brania udziału w rozprawach, czynienia wniosków“ itd.

Lekarze i przyrodnicy, chcący wziąść udział w tym Zjeździe, obowiązani są wypełnić blankiet deklaracyi, którą następnie należy odesłać sekretarzowi generalnemu, Drowi A. Veselý (Praga I. Nábřeži, 14). Blankiety takie rozeszle komitet organizacyjny. Wkładka oznaczona na 10 koron (franków), którą wysłać należy pod adresem skarbnika Zjazdu, Pana K. P. Kheila (Praga II, Myślikova ul., 3).

Zgłoszenia zostaną zamknięte przez Komitet organizacyjny na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu. Każdy członek rzeczywisty lub gość ma obowiązek przesłania pod wyżej wskazanymi adresami deklaracyi przynależności, oraz wkładki, poczem w zamian otrzyma legitymacyę zjazdową. Członkowie, zamierzający wygłosić odczyt lub uczynić wniosek, obowiązani są na 4 tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu przesłać prezydyum odpowiedniej Sekcyi treść swego wykładu lub wniosku, w takiej formie, ażeby mogła być ogłoszona w dzienniku zjazdowym; zaś na posiedzeniach sekcyjnych obowiązani są prelegenci prze wykładem doręczyć sekretarzowi Sekcyi przygotowany do druku wyciąg ze swego przemówienia, które bez uchwały zgromadzenia nie może przekraczać 10 minut.

Program szczegółowy w swoim czasie rozesłany zostanie.

Przewodniczącym Komitetu organizacyjnego wybrany został prof. J. Hlava; zastępcami: prof. Cenek Strouhal i prof. Edw. Weyr; sekretarzem generalnym dr. Ant. Veselý; skarbnikiem doc. K. P. Kheil; redaktorem prof. J. Thomayer.

Wszystkich Sekcyj będzie dziewięć: I. *S. Biologiczna*: prezesi: prof. Horbaczewski, prof. Klapalek, sekretarz K. Czerny. II. *S. Matematyczno-fizyczna*: prezesi: prof. Cenĕk Strouhal, prof. Domalip, sekretarz V. Felix. III. *S. Lekarska*: prezesi: prof. Maixner, prof. Reinsberg, sekretarz doc. Heveroch. IV. *S. Chirurgiczna:* prezesi: prof. Maydl, prof. Deyl, sekretarz Bukovský. V. *S. Higieniczno demograficzna*: prezesi: prof. Kabrhel, dr. Záhoř, sekretarz dr. Janota. VI. *S. Chemiczna:* prezesi: prof. Reiman, prof. Kruis, sekretarz Votoček. VII. *S. Mineralogiczno-geograficzna:* prezesi: prof. Urba, prof. Voldřich, sekretarz dr. Slavik. VIII. *S. Farmakologiczna i Farmaceutyczna:* prezesi: prof. Jiruš, prof. Bĕlohoubek, sekretarz Rüdiger. IX. *S. Rolnicza i Weterynaryjna:* prezesi: prof. Stoklasa,, doc. Velich, sekretarz Prettner.

Prezesami honorowymi z grona czeskich mężów nauki wybrani zostali: prof. L. Celakowský, prof. B. Eiselt, prof. A. Frič, prezes Akademii J. Hlavka, prof. J. Hrasky, prof. K. Chodounský, prof. F. Koláček. prof. K. Kořistka, radca F. Křižik, prof. J. Schöbl, prof. F. Studnička, prof. V. Safařik, prof. J. Solin, prof. W. Tomek, prof. K. Zahradnik i prof. K. Zenger.

Zjazdy naukowe czesko-polskie mają za sobą 30-letnią tradycyę; obustronnie stały się potrzebą umysłową obu bratnich narodów. Wątpić więc nie należy, że udział lekarzy i przyrodników polskich w pracach naukowych III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich będzie liczny liczebnie, poważny doniosłością odczytów naukowych.

### Kilka uwag o „wykazach szczepienia ospy“ Dra Zasackiego.

W Nrze 3 *Przeglądu lekarskiego* z b. r. zamieścił Dr Zasacki pod powyższym tytułem projekt zreformowania wykazów szczepienia ospy. Każde ułatwienie lekarzowi wytężającej nieraz pracy, musi być dlań sympatyczne; ale czy projektowana reforma „wykazów“ cel ten osięgnąć jest w stanie, warto się przypatrzeć. Otóż

najpierw motywa projektu nie są należycie uzasadnione. Wedle autora tego projektu podział pracy przy szczepieniu obciąża nadmiernie jedną stronę, t. j. lekarzy, którzy za sporządzanie wykazów, obejmujących po kilka tysięcy imion i nazwisk, nie otrzymują osobnego wynagrodzenia. Przeciętnie jeden lekarz ma do zaszczepienia i rewakcynowania razem 800 do 1000 dzieci, a więc do wpisania do rachunku tyleż, a nie kilka tysięcy nazwisk. Na przeprowadzenie szczepienia i przedłożenie wykazów oznaczony jest czas od początku maja do końca października: w ciągu pół roku więc, jeżeli kto nie zostawia wszystkiego na ostatnią godzinę, można bardzo wygodnie i bez szczególnego utrudzenia załatwić się z jedną i drugą czynnością. W końcu otrzymuje lekarz za tę pracę wynagrodzenie, które między temi, jakie mu najczęściej przypadają, nie jest jeszcze wprost ostatnie, podczas gdy urzędy parafialne i metrykalne, które w krótkim zwykle terminie sporządzają wykazy do szczepienia, podejmują pracę nieraz, gdy okręg parafii lub metrykalny jest większy. nie mniejsza od lekarza, a tak samo nauczyciele, którzy, zestawiając wykazy dzieci szkolnych, muszą przeprowadzać rewizyę rąk, a robię to muszą bez żadnego wynagrodzenia. Jeżeli więc idzie o nadmierne obciążenie, to nie jest ono z pewnością po stronie lekarza szczepiącego, który dlatego chyba nie otrzymuje osobnego wynagrodzenia za pisanie wykazów, że dotąd nie został jeszcze do rachunków lekarskich wprowadzony ten sposób, jaki przestrzegany jest w rachunkach krawieckich, w których osobno liczy się za fason, osobno za robotę, a osobno wreszcie za dodatki.

Autor w projekcie swym żąda sprawiedliwego rozłożenia pracy i zapewne dlatego proponuje, aby zwierzchności gminne na drukach, naturalnie przez siebie zakupionych, na kilka dni przed szczepieniem przepisały wykazy i to robiły tak samo bez wynagrodzenia,. jak bez osobnego wynagrodzenia muszą wzywać wykazanych do szczepienia i interweniować przy tej czynności. Na czem więc polegać będzie sprawiedliwość, gdy daremna praca zwierzchności gminnych jeszcze się powiększy, dopatrzeć trudno.

Co do samych proponowanych wykazów, to najprzód format ich 40×25 ctm. byłby wprost niepraktyczny, gdyż na przesłanie ich urzędom gminnym trzebaby mieć specyalne koperty, a i lekarz na noszenie się z takimi wykazami, by się nie niszczyły, musiałby sprawić osobną tekę. Dalej, kto miał tylko do czynienia ze zbieraniem wykazów, wie bardzo dobrze, że ludzie nawet bardzo inteligentni, ba nawet lekarze, mimo że są one pojedyncze, nieosobliwie je wypełniają, nie dlatego, żeby ich wypełnić nie potrafili, lecz widocznie z tego powodu, że nie będąc za to „osobno wynagradzani“, nie zadają sobie tego małego trudu, aby w drukach dobrze się rozpatrzeć i nagłówki przeczytać. Cóż będzie, jeżeli urzędom parafialnym i metrykalnym, nauczycielom, a nareszcie tak mało inteligentnym zwierzchnościom gminnym przyszłoby wypełniać stosunkowo zawiłe wykazy wedle projektu autora, w których są rubryki stałe i tymczasowe, mające być wypełniane przez te i owe urzędy i nareszcie przez lekarza. Jakby te wykazy wyglądały, zanimby do rąk lekarza doszły, nie trudno sobie wyobrazić. Nie liczy się także autor z faktem, że jeżeli są gminy, w których zdołanoby w paru dniach przed szczepieniem, obok zarządzenia co potrzeba, także i wykazy przepisać, to jest niestety w kraju bardzo jeszcze wiele takich gmin, a nawet całych okolic, w których samo przeczytanie wykazów, nie mówiąc już wcale o ich przepisywaniu, sprawia niemało trudności. Doszłoby do tego, że lekarz, nie dostawszy najczęściej odpisów wykazów, miałby je sobie sam przepisać, a toby mu z pewnością więcej trudu przyczyniło, niż wypełnienie w wolnych chwilach wykazów Nr. I i II, jako allegatów do rachunku kosztów szczepienia. Zapewnia także autor o koniecznej potrzebie, bez czego dotąd się obeszło, zestawiania przez lekarza dla każdej gminy osobnych sumaryuszów na okładce wykazów różnych wyznań i szkolnych, co także pracy lekarzowi nie umniejszy. Autor nie wyjaśnia, w jaki sposób wreszcie wykazy wedle nowej formy c. k. lekarz powiatowy będzie mógł łatwiej i szybciej sprawdzić, niż przy dotychczasowym systemie, skoro tak samo i teraz dostaje do rąk wykazy metrykalne, a wiarogodność tego, co w nich lekarz zanotował, sprawdzić może tylko przez naoczne skontrolowanie u szczepionych, czego nawet najpiękniej uzupełniane wykazy ułatwić nie są w stanie.

Nieuregulowane stosunki co do rewakcynacyi zdarzają się chyba wyjątkowo, tak samo dawno już nie żąda się od urzędów paraf. i metrykalnych wykazywania dzieci bez względu na to, czy umarły, czy żyją. Osobna, jak żąda autor, „ustawa“ w tym względzie byłaby chyba zbyteczną.

Czy więc warto reformować wykazy w sposób proponowany przez autora, aby osiągnąć bardzo problematyczne ułatwienie dla lekarzy szczepiących, a utrudnić pracę innym urzędom i tak już nadmiernie i bez osobnego wynagrodzenia przeciążonym? Jeżeliby już koniecznie chodziło o jakieś ułatwienie, to wystarczyłoby zupełnie, aby nie żądano od lekarzy zestawienia wykazu I i II-go, lecz tylko, by ciż na osobnej okładce obecnych wykazów zestawiali sumaryum dla każdej gminy oddzielnie. Ułatwienie takie zależałoby tylko od decyzyi Wydziału krajowego i zgody c. k. Namiestnictwa, ale czy wtedy, gdy lekarzom ubyłoby nieco pracy, nie przyszłoby do zreformowania należytości za szczepienie i zmniejszenia wynagrodzenia „od fasonu“, — to inne pytanie. *Dr. W.*

## IX. Wiadomości bieżące.

*Kraków, 7 marca 1901.*

*Od Bibliotekarza Tow. lekarskiego krakowskiego otrzymujemy następujące pismo:*

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego z każdym rokiem rozwija się coraz bardziej, brak jednakże środków pieniężnych nie pozwala nam dotychczas postawić jej na tej wysokości, na jakiej w interesie członków Towarzystwa staćby powinna; dotyczy to zwłaszcza działu czasopism, których inne tutejsze instytucye biblioteczne przeważnie nie posiadają, co bardzo znacznie utrudnia, niejednokrotnie zaś wprost uniemożliwia pracę kolegów, poszukujących odpowiedniego piśmiennictwa. Ten wzgląd zmusza mnie do odwołania się do znanej mi z lat dawniejszych życzliwości kolegów o skompletowanie w miarę możności niżej wymienionych czasopism, które częstokroć zdekompletowane i bez użytku tylko niepotrzebnie zajmują miejsce w prywatnych bibliotekach kolegów, podczas gdy w bibliotece Towarzystwa posłużyćby mogły do uzupełnienia istniejących braków i ztąd przyniosłyby rzeczywistą korzyść ogółowi członków Towarzystwa.

Z czasopism polskich nie posiadamy następujących roczników i tomów:

1) Gazeta Lekarska: Serya I, Roczniki: 1866/7 (T. I), 1869 (T. VI) 1871 (X i XI), 1873 (XIV i XV), 1874 (XVI), 1878 (XXV), 1879 (XXVI) brak całkowity; prócz tego brak nam pojedynczych poszytów w rocznikach: 1875 (XIX). 1876 (XX), 1877 (XXII). 1878 (XXIV), 1879 (XXVII), 1880 (XXVIII i XXIX). Serya II: Brak pojedynczych poszytów w rocznikach: 1883 (Nr. 2), 1884 (Nr. 43), 1887 (Nr. 21 i 49), 1895 (Nr. 52)

2) Klinika (Dobieszewskiego); biblioteka posiada tylko roczniki 1868 (II) i 1871 (V).

3) Kronika Lekarska: brak nam roczników 1880 (I) i 1881 (II).

4) Medycyna: brak nam roczników 1879 (VII), 1882 (X). 1883 (XI), 1884 (XII), brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1876 (Nr. 24), 1880 (Nr. 50, 51, 52), 1886 (Nr. 42). 1887 (Nr. 3), 1891 (Nr. 49, 35).

5) Nowiny Lekarskie: brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1889 (Nr. 3), 1891 (Nr. 5 i 11), 1893 (Nr. 3, 5, 10. 12), 1895 (Nr. 8, 9). 1897 (Nr. 4, 7, 11).

6) Pamiętnik Tow. Lekar. Warsz.: brak w roczniku 1868 zeszytu lipcowego, w 1872 listopadowego, III zeszytu z r. 1873 oraz roczników z przed roku 1851.

7) Rocznik Tow. ginekol. krakow.: brak nam roczników 1895 (VI), 1898 (IX), 1899 (X).

8) Zdrowie (dawne 4⁰) posiadamy tylko rocznik 1878.

*Czasopisma niemieckie:*

1) Aerztl. Central Anzeiger: brak roczników: 1889—1891 (I—III) Brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1894 (Nr. 21) 1896 (Nr. 26). 1900 (Nr. 1—12).

2) Aerztl. Intelligenzblatt (później »Münchener med. Wochenschrift «) brak roczników 1854—1875 (T. I—XIX) i 1878—1887 (T. 25—34). Brak pojedyńczych poszytów w rocznikach: 1875 (Nr. 13 i 42), 1896 Nr. 44)

3) Allgemeine Wiener medic. Zeitung: brak roczników 1856 (I), 1857 (II), 1864—1896 (T. IX—XLI). W rocznikach 1880—1896 posiadamy pojedyncze poszyty.

4) Berliner klin. Wochenschr.: brak roczników 1864—1867 (T. I—IV), 1872 (IX). 1875 (XII). 1876 (XIII), 1878—1881 (T. XV—XVIII), 1886—1888 (T. XXIII—XXV), brak pojedynczych poszytów w rocznikach: 1882 (Nr. 30), 1885 (Nr. 11, 45, Spis i Tyt.), 1898 (Nr. 1).

5) Deutsche medic. Wochenschr.: brak roczników 1875—1890 (T. I—XVI), z wyjątkiem rocznika 1884, w przeważnej ilości brakujących roczników posiadamy pojedyncze poszyty.

6) Klinische Zeit u. Streit-fragen: brak roczników 1895—1900 (T. IX—XIV), w roczniku 1893 brak 8 zeszytu.

7) Klinisch-therap. Wochenschr. (dawniej „Therap. Wochenschrift:“) brak roczników 1894—1896 (T. I—III).

8) Medicin.-chirurg. Rundschau: brak roczników 1860 (I) 1861 (II), oraz 1892—1900 (T. XXXIII XLI).

9) Münchener med. Wochenschr.: (vide „Aerztl. Intelligenzblatt“).

10) Schmidt's Jahrbücher: brak tomów 1—76, 85—152, 169, oraz 173 do końca.

11) Wiener Klinik: brak roczników 1897 (T. XXIII) i 1898 (T. XXIV).

12) Wiener klin. Wochenschr.: brak wielu poszytów w rocznikach 1888 (I), 1891 (IV), 1895 (VIII), 1896 (IX).

13) Wiener medic. Blätter: brak roczników 1878 (T. I) 1880 (III), 1897–1900 (T. XX—XXIII).

14) Wiener medic. Presse: brak roczników 1860 (T. I) 1864, (T. V).

15) Wiener medic. Wochenschrift: brak licznych poszytów w rocznikach 1860 (X), 1863 (XIII), 1864 (XIV), 1866 (XVI), 1882 (XXXIII), 1883 (XXXIV), 1891 (brak Nr. 7), 1895 (Nr. 51 i 52), 1897 (Spis i Tyt.), 1899 (Spisu i dodatków). Rocznika 1900 nie posiadamy zupełnie.

Uzupełnienie wyżej wymienionych czasopism jest na razie najniezbędniejsze, ztąd też każdy dar, choćby to miały być nawet pojedyncze poszyty, przyjęty będzie z szczerą wdzięcznością, gdyż może posłużyć do uzupełnienia istniejących w bibliotece, lub nadesłanych przez innych kolegów braków. Z równą wdzięcznością przyjęte będą także dzieła i czasopisma powyżej dla braku miejsca nie uwidocznione. Łaskawe dary proszę nadsyłać pod moim adresem: (Kraków, *Collegium Medicum*). *Dr. Leon Konrad Gliński*, Bibliot. Tow. Lek. krak.

* *Otrzymujemy następujące ogłoszenie*:

Komisya, mająca na celu uczczenie pamięci ś. p. Napoleona Kostaneckiego, ukonstytuowawszy się ponownie pod przewodnictwem kol. prof. Bujwida, uchwaliła na posiedzeniu dn. 28 stycznia, rb. 1) zebrać drogą składek fundusz imienia śp. Kostaneckiego, przeznaczony dla dzieci zmarłego. 2) Ponieważ zwłoki śp. Napoleona przeniesiono do grobu familijnego, przeto uchwalono w miejsce kamienia wmurować w grób tablicę z napisem, który komisya później przedstawi Tow. lekarskiemu. 3) Zamiast odezwy zwróconej do kolegów o składki na powyższy cel, uchwaliła komisya podać do wiadomości powyższe uchwały. 4) Składki przyjmuje kol. prof. Bujwid (ul. Kolejowa 3).

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto w poczet członków Towarzystwa Dr. A. Geitlicha. Następnie 1) kol. Dr. Gliński demonstrował preparaty z zakresu anatomii patologicznej, mianowicie: a) ciało obce (kość) w przełyku z następowem ropnem zapaleniem śródpiersia tylnego i opłucnej prawej; b) polipa mięsakowatego przełyku w okolicy wpustu; c) raka przełyku, przechodzącego na dolny płat płuca prawego; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawił i omówił przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej.

* Prezes Towarz. lekar. krakowskiego zawiadamia, że otrzymał list, w którym Radca Dworu, prof. Korczyński, zaprasza Towarzystwo do zwiedzenia nowej kliniki lekarskiej we środę dn. 13 marca, o godz. 5 po południu.

*Lwów*, 2 marca. Towarzystwo lekar. lwowskie odbyło d. 1 marca posiedzenie zwyczajne. Na wniosek Zarządu wybrano »komisyę przemysłowo-lekarską«, złożoną z 13 członków. Wybrani zostali koledzy: Bądzyński, A. Gluziński, Krzyżanowski, Eljasz-Radzikowski, Łukasiewicz, Machek, Mars, Merczyński, Niemiłowicz, Rydygier, M. Świątkiewicz, Wiczkowski, Ziembicki. Demonstrowali: prof. Mars: staruszkę 80-letnią, po operacyi torbiela jajnikowego i przepukliny pępkowej; prof. Ziembicki mówił o znieczulaniu sposobem Biera do celów operacyjnych. Dr. Marischler przedstawił chorego, dotkniętego »neurofibromatosis generalisata.«

* Prócz wymienionych w Nrze ostatnim »Przegl. Lek.«, członkiem »Spolku českých lékařů« wybrany został prof. Bolesław Wicherkiewicz.

* Prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w krakowskim szpitalu św. Łazarza mianowany został Dr. Eugeniusz Borzęcki.

* Sekcya Sanocka Towarz. lekarzy galicyjskich wybrała na rok bieżący przewodniczącym Ludwika Cwiklicera, zastępcą jego Zygmunta Nowaka, sekretarzem Aleksandra Stangenhausa.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. Samuel Neymand; w Uniw. lwowskim: Napoleon Gąsiorowski i Zygmunt Czechowicz.

* Koszta budowy sanatoryum na 80 chorych w Davos, dla średnio-zamożnych suchotników wyniosły 530.679 franków na sam budynek, bez wewnętrznego urządzenia.

**Mianowania i odznaczenia.** Dr. Ign. Roman Sopiński, fizyk obwodowy w Bihaču, otrzymał krzyż kawalerski Franciszka Józefa. Dr. Al. Westphal mian. został nadzw. prof. i kierownikiem kliniki psychiatrycznej w Gryfii. Dr. Fehling mian. został prof. zwycz. ginekologii w Strassburgu.

**Nekrologia.** Zmarli: Prof. O. Heusinger w Marburgu lat 71. Prof. Herrick, higienista w Cleweland. Dr. Władysław Skalski starszy lekarz powiatowy, zmarł w Samborze, w 63 r. życia. Dr. Wład. Charytański lat 34, zmarł 1 b. m. w Kałuszynie. Dr. Dominik Rachunkiewicz l. 67, zmarł w Wilnie. Dr. Albin Padalewski zmarł we Lwowie.

**Zapiski bibliograficzne.**

— *Medycyna* Nr. 9: Steinhaus: Przypadek śródbłoniaka szczęki dolnej. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.).

— *Kronika Lekarska* Nr. 4: Miklaszewski: O zmiennej nierówności źrenic. Holowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie (c. d.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 9: Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry. Pałecki: Thoracotomia duplex. Czajkowski: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9: Braber: Otrava zmiji. Salmon: Meningitis tuberculosa. Hoffer: Připad sebevražedné otravy atropinem.

— *La Presse médicale* Nr. 18: Malvoz: Domy zdrowia dla gruźliczych w prowincyi Liège. Dominici: O odczynie myeloidowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9: Pollak: Przyczynek do kazuistyki leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym. Hödlmoser: Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniem do żył kw. cynamonowego. Subbotić: Przyczynki chirurgiczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9: Bäumler: Przypadek bujającego znamienia barwikowego z objawami właściwej puchliny wodnej. Häberlin: Kazuistyczne przyczynki do chirurgii żołądka. Maurer: Pasorzyty zimnicy. Jolles: Kliniczny ferometr. Frankenstein: Przypadek kwilenia śródmacicznego. Goldschmidt: Dziedziczenie gruźlicy. Schanz: Pasek przepuklinowy z pelotą w kształcie elastycznego woreczka. Schulze: Niezwykłe ciało obce w cewce moczowej. Pässler: Leczenie zapalenia płuc włóknikowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Friedmann: Badania doświadczalne nad dziedzicznością gruźlicy. Funck: Czynnik przyczynowy ospy prawdziwej i krowiankowej. Prochaska: Badania nad ropieniem u durowych. Schumburg: Użycie urotropiny dla odkażania moczu w bakteryouryi durowej. Stern: »Antiserum«, jako środek do udowodnienia pochodzenia z krwi człowieka. Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli (c. d.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9: Lindner: Chirurgia raka żołądka. De la Camp: Rzadsza postać syringomyelii. Friedländer: Przyczynek do wiedzy o zatruciu bieluniem. Piórkowski: Przyczynek do sposobu barwienia prątków błonicznych. Bial: Powstawanie cukru w ciele zwierzęcem.

**Redakcya otrzymała:**

— Doc. Popielski 1) Rol pieczeni w prewraszczenijach krowi. 2) K fizyologii czrewnaho spletienia. Talko-Hryncewicz: Polskaja antropołogiczeskaja literatura. Wróblewski: O wpływie fosforanów na działanie fermentacyjne soku wyciśniętego z drożdży i o kwasach fosforowych sprzężonych, oraz kilka uwag o znaczeniu, jakie posiada kwas fosforowy w przyrodzie ożywionej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**